UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954-1955 — N° 108

La condition affective dans la pathogénie de l'épilepsie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 Juillet 1955

par

René LIBOUBAN

Né le 4 Juin 1929 à PARIS (15e)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
CREYX, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé — *Juges*
LAVIGNOLLE, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0037

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954-1955 — N° 108

La condition affective dans la pathogénie de l'épilepsie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 Juillet 1955

par

René LIBOUBAN

Né le 4 Juin 1929 à PARIS (15e)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
CREYX, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé
LAVIGNOLLE, agrégé
— *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIE, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique) — M. PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER, QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LÉVY, MORETTI, LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DE PAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-Stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR, LANGE
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

A Monsieur le Docteur SPIRE

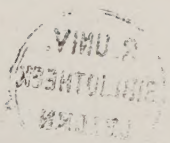
Ancien Médecin de la Marine,

Qui nous a toujours apporté l'appui de ses conseils et de sa bienveillante amitié.

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A Monsieur l'Abbe H. LURTON

Aumônier de l'Ecole,



A Monsieur le Medecin-General de 1re Classe TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique,
Officier du Mérite Maritime,

A Monsieur le Medecin en Chef de 1re Classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1939-1945,

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES HOPITAUX DE LA MARINE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAVIGNOLLE

Agrégé de Médecine Générale,
Médecin des Hôpitaux,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERGOUIGNAN

Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre,
Officier d'Académie

Vous avez accepté de nous diriger dans cette thèse.

Nous vous en exprimons toute notre reconnaissance.

Puisse ce modeste travail ne pas décevoir la bienveillance constante que vous nous avez témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique,

Qui nous fait le très grand honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse.

Que ce modeste travail soit le faible témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier.

INTRODUCTION

Notre maître, le Professeur Delmas-Marsalet, a, au cours de ces dernières années, publié d'importants travaux qui lui ont permis d'individualiser l'épilepsie morphéique, caractérisée cliniquement par l'influence provocatrice du sommeil sur l'apparition des manifestations épileptiques et électroencéphalographiquement par un type de tracé qui évoque l'aspect électrique du sommeil.

Continuant sur un autre terrain l'œuvre de prospection entreprise par le Professeur Delmas-Marsalet, nous nous sommes attaché, sous la direction du Professeur Agrégé Bergouignan, à examiner l'influence provocatrice toujours remise en question de certains états émotionnels et plus particulièrement des conflits affectifs sur l'apparition des manifestations comitiales.

Après une définition du sujet et un historique de la question nous présentons un certain nombre d'observations suivies de leur discussion, où apparaît nettement la composante psychogène des manifestations épileptiques.

DEFINITION DU SUJET

L'épilepsie apparaît comme une réponse univoque à des stimuli ou à des stress divers : perturbations du métabolisme de l'eau, alcalose, diminution du calcium ionisé sanguin, choc anaphylactique, troubles endocriniens (le problème de l'épilepsie catameniale reste toujours discuté), instabilité du système vago-sympathique, toutes ces causes survenant sur un terrain présentant une aptitude convulsivante particulière.

Mais de tous temps, on a observé que le stress pouvait être aussi bien psychique et qu'une émotion pouvait être à l'origine soit d'une première crise d'épilepsie, soit d'accès chez des épileptiques avérés.

En ce qui concerne cette étiologie émotionnelle, nous trouvons d'abord une conception ancienne où l'épilepsie était considérée comme une névrose, sans très bien définir ce qu'on entendait par névrose, ni par cause de névrose. Mais cela voulait dire que c'était l'expression d'une personnalité pathologique.

Puis au fur et à mesure des progrès de l'exploration, les problèmes de personnalité furent de plus en plus méconnus. Et c'est l'épilepsie lésionnelle qui sembla le modèle de toutes les épilepsies. On s'efforça de rechercher des lésions de plus en plus minimes.

Cependant bien des auteurs insistent sur les facteurs psychologiques en cause dans un certain nombre de cas.

Bratz (1911) isole soixante cas de psychopathes souffrant d'attaques épileptiques provoquées par des état émotifs et les groupe dans un cadre à part qu'il dénomme « épilepsie affective » (affektépilepsie). Tandis que Steffens s'efforce de montrer qu'entre l'épilepsie pure et l'hystérie pure, il y a des cas

présentant des caractéristiques des deux affections et propose pour eux le terme d' « hystéro-épilepsie ».

Au cours de ces dernières années, on est revenu sur le rôle des facteurs psychiques dans la pathogénie de l'épilepsie.

Ce sont surtout les psychanalystes qui ont pénétré la structure affective de la crise d'épilepsie à laquelle ils ont attribué, comme nous le verrons plus loin, diverses significations. Pour Fénichel en particulier, « on peut regarder la crise d'épilepsie comme une espèce d'attaque spéciale d'affect ne survenant que chez quelques personnes organiquement prédisposées. La prédisposition consiste dans l'aptitude du patient à réagir à certains stimuli par la production de ce syndrome archaïque de décharge explosive et convulsive. »

Deux grandes séries de causes psychiques semblent en jeu :

— Premièrement, les émotions liées à des facteurs extérieurs. Ce qui a été maintes fois observé par les anciens auteurs : attaque brusque et inattendue, par exemple d'un chien chez l'enfant (Dehean), ou d'un loup (Maisonneuve), l'effroi causé par une tentative de viol (Herpin, Maisonneuve, Moreau), les bruits soudains, le tonnerre, les explosions (thèse de Both).

Les statistiques s'accordent pour attribuer le rôle le plus fréquent aux émotions asthéniques, telles que le chagrin et la peur (50 % dans la statistique de Féré).

— Le second facteur en cause consiste dans les états de tension nerveuse intérieure, due à divers conflits affectifs, tels que ceux qui surgissent si fréquemment entre mère et fille par exemple. C'est ce que nous étudierons tout particulièrement en présentant des observations où ces conflits ont pu être mis en évidence et parfois résolus, ce qui a entraîné une amélioration de la comitialité.

I. — **Rappel de classifications.**

On sait que l'épilepsie se présente sous des formes multiples :

1) Epilepsies généralisées comprenant le grand mal et le petit mal.

2) Epilpesies localisées dont la forme électroclinique la plus importante est représentée par l'épilepsie temporale isolée par les Gibbs.

Rappelons les caractéristiques essentielles de ces diverses formes :

1° *Le grand mal* est caractérisé cliniquement par un début soudain : cri, perte de connaissance et chute brutale. Puis convulsions toniques avec raidissement du corps en attitude tétanique, morsure de la langue, cyanose due à l'arrêt respiratoire, dilatation pupillaire. A cette phase tonique succèdent les convulsions cloniques avec respiration bruyante, et souvent incontinence d'urine. Enfin les convulsions cessent et le sujet tombe dans un profond sommeil d'où il sort au bout de quinze à trente minutes, n'ayant gardé aucun souvenir de la crise.

Electroencéphalographiquement, dans la mesure où l'on peut enregistrer une telle crise, on trouve des pointes de grande amplitude (500 microvolts) dont la fréquence varie de 25 à 30 cycles par seconde.

Dans le petit mal, ce qui fait l'élément fondamental, c'est la perte de connaissance de courte durée constituant l'absence épileptique. Au milieu d'une conversation ou d'un travail, le sujet s'arrête, pâlit, son regard devient fixe, il laisse tomber l'objet qu'il tenait à la main ou continue automatiquement l'acte qu'il exécutait. Puis au bout de quelques secondes, il reprend ses occupations en ne se souvenant de rien.

Le diagnostic de l'absence bénéficie de l'appoint de l'électroencéphalographie qui montre dans ce cas des complexes pointe-onde de grande amplitude (300 à 500 microvolts) à raison de 3 cycles par seconde.

2° *Les épilepsies localisées* du type Bravais-Jacksonien se caractérisent par des convulsions cloniques commençant toujours dans la même région, le membre supérieur, le membre inférieur ou la face, s'étendant toujours selon le même ordre de

propagation et suivies d'une perte de connaissance quand elles atteignent la face; il existe aussi de nombreuses autres épilepsies localisées (sensitives, sensorielles...)

Enfin l'épilepsie temporale est une des formes les plus importantes pour le sujet qui nous occupe. Nous verrons que, dans la plupart de nos observations, l'E.E.G. quand il a été pratiqué révèle des anomalies dans la région temporale du scalp. On sait que cette forme d'épilepsie se caractérise par ce qu'il est convenu d'appeler une crise psycho-motrice : des hallucinations sensorielles, des troubles du langage à type d'aphasie transitoire si la lésion siège sur l'hémisphère gauche, des troubles psychiques avec sensation de « déjà vu » ou de « déjà pensé » et de nombreux autres types de troubles de la conscience avec automatismes moteurs plus ou moins complexes.

II. — **Rappel de quelques aspects psychologiques.**

— *Les facteurs psychologiques* interviennent surtout dans les épilepsies généralisées et l'épilepsie temporale. Mais même pour l'épilepsie localisée de type Jacksonien, il semble que la personnalité du sujet ne soit pas indifférente.

La difficulté subsiste cependant d'interpréter le rôle exact de ces facteurs psychologiques et de déterminer s'ils sont la cause ou la conséquence des manifestations épileptiques.

Ils apparaissent parfois comme étant la conséquence : en effet dans certaines épilepsies lésionnelles on trouve une désintégration de la personnalité, et non un conflit intra-personnel et l'on est amené à admettre que l'épilepsie agit comme un facteur processuel au même titre qu'une lésion évolutive de l'encéphale.

Sous le terme de « détérioration épileptique », les Anglo-Saxons décrivent un ensemble de particularités mentales que l'on peut résumer ainsi : perte de l'intérêt, incapacité pratique, troubles de la mémoire, irritabilité, égocentrisme, désor-

dre du comportement, inactivité, vanité et caractère fanfaron pouvant contraster avec une dévotion pathologique et un conformisme « hypermoral ». D'après Paskind, seulement 6,5 pour cent des épileptiques non hospitalisés présentent les signes de « détérioration ».

Mais il existe une différence très marquée entre les épileptiques internés et ceux qui, vivant en liberté, sont observés dans les consultations externes.

Il existe pour Adrien Delteil un véritable caractère spécifique comitial défini par la variabilité et l'intermittence des dispositions morales. La « névrose épileptique » modifie le substratum mental du sujet, mais elle le modifie d'une façon toute particulière, elle est limitée à ses modes de réactions en face des influences extérieures c'est-à-dire à son affectivité.

Les deux constantes que l'on retrouve au fond de tout caractère épileptique sont constituées par une irritabilité extrême et une instabilité. On note en outre une atteinte à peu près constante du sens moral qui se traduit par l'égoïsme, l'indifférence, l'absence de remords.

III. — **Conception mécaniciste.**

Gastaut étudiant le comportement des épileptiques psycho-moteurs dans l'intervalle de leurs crises, met en évidence quatre traits caractéristiques :

— Le ralentissement de l'activité intellectuelle sous forme de bradypsychie.

— Des troubles caractériels à type d'irritabilité, d'impulsivité et d'agressivité observés dans 52 % des cas.

— Des préoccupations obsédantes, observées dans 14 % des cas, quelquefois suffisamment importantes pour faire porter le diagnostic de névrose obsessionnelle.

— Des tendances perverses, observées chez deux jeunes enfants, mais les deux fois suffisamment caractéristiques pour justifier le diagnostic de « perversité constitutionnelle ».

Et, exposant une conception purement mécaniciste, il fait dépendre toutes les anomalies de la personnalité de lésions supposées du rhinencéphale : « Le ralentissement de l'activité globale individuelle du malade (bradypsychie, bradykinésie, apathie affective) et la propension de ce dernier à présenter un déséquilibre émotionnel sous l'influence des sollicitations les plus banales de son entourage (raptus coléreux immotivés) représenteraient deux éléments différents, quoique concommitants de la séméiologie inter-critique chez les épileptiques psycho-moteurs, et traduiraient la perturbation de deux fonctions rhinencéphaliques différentes, dont l'une participerait à la régulation du comportement individuel du sujet et l'autre, à la régulation de son comportement social.

De même s'attachant à l'étude du comportement sexuel des épileptiques psycho-moteurs, il fait les constatations suivantes :

— Les troubles du comportement sexuel sont fréquents chez les épileptiques.

— Ils ne s'observent que chez certains d'entre eux répondant généralement à la variété électro-clinique dite psychomotrice ou temporale.

— Ils sont rarement en relation avec les crises d'épilepsie ou les états immédiatement post-critiques, revêtant alors le caractère d'hypersexualité ou de perversions sexuelles paroxystiques.

— Ils sont fréquemment en relation avec la condition inter-critique et réalisent alors exclusivement l'aspect clinique d'une hyposexualité permanente.

Et, après avoir exposé ses expériences de stimulation et d'ablation du rhinencéphale chez l'animal et de leurs conséquences sur le comportement sexuel de celui-ci, il conclut :

« Les épileptiques psychomoteurs présentent dans plus de la moitié des cas une insuffisance sexuelle globale tenant à l'existence d'une lésion irritative du rhinencéphale. »

IV. — Les associations épilepsie et névrose.

Mais le plus souvent, dans l'épilepsie dite essentielle, les troubles de la personnalité précèdent l'épilepsie et ils semblent bien en être un élément déterminant.

Ou bien l'épilepsie est associée à d'autres névroses telles que l'hystérie ou la névrose obsessionnelle (thèse de Bouvier).

1° *L'hystéro-épilepsie*

Comme exemple d'association de l'hystérie et de l'épilepsie nous citerons une observation de Notkin qui nous a semblé tout à fait caractéristique :

B. M..., jeune fille de 18 ans, née aux Etats-Unis, de parents israélites qui ont très bien fait leur assimilation et se sont séparés de leurs correligionnaires. Le père de la malade est un psychopathe instable et manquant de tempérance; il n'a jamais réussi dans la vie et vit à l'écart de ses frères et sœurs dont quelques-uns ont fait des carrières assez réussies à New-York. Depuis la mort de sa femme, il vit en union libre avec une femme d'origine irlandaise. La mère de la malade était une femme plutôt stable; elle mourut à trente-huit ans d'une maladie de cœur. Peu après sa mort, la malade et les cinq enfants furent placés dans un orphelinat israélite, en raison de l'incapacité et de l'alcoolisme de leur père. Trois d'entre eux partirent peu après; une sœur devint une prostituée et finalement épousa un homme de couleur.

Un cousin germain maternel est un dément précoce interné depuis vingt ans; un autre cousin maternel a des séquelles de paralysie infantile.

La malade est née à New-York et est la quatrième d'une famille de six enfants. Quand sa mère mourut, elle n'avait que quatre ans. Comme les autres enfants, elle fut élevée dans un orphelinat. Elle fit un certain nombre de maladies infantiles. C'était d'abord une enfant très sale, mais peu à peu, elle

s'améliora de façon surprenante en ce qui concerne la propreté et le sens des responsabilités.

Elle fréquenta l'école jusqu' à l'âge de 16 ans; elle trouvait le travail scolaire difficle; elle était ambitieuse mais ses désirs étaient toujours au-dessus de ses capacités et des leçons particulières n'eurent pas de résultat. Elle était active, bavarde, prenait contact facilement mais était timide quand elle était placée dans une situation où elle se sentait en infériorité. Petit à petit elle devenait tout à fait impossible au point de vue disciplinaire. Elle éprouvait une grande satisfaction aux visites de son père; elle l'adorait. Elle parlait toujours de reconstituer la famille et de prendre la place de sa mère. Elle ne parlait jamais de questions sexuelles et il n'y a pas de raison de croire qu'elle se livrait à la masturbation. Avec les enfants de l'autre sexe, elle était très timide. Pendant son séjour à l'orphelinat, elle eut de temps à autre des convulsions suivies de céphalées; la première apparut après un examen auquel elle avait échoué.

Elle quitta l'orphelinat en juin 1926 et alla habiter chez sa grand'mère. Elle allait travailler et assistait aux cours du soir. Elle commença à se tourmenter beaucoup au sujet de sa famille et brusquement en mai 1927 eut un accès convulsif sur le lieu de son travail. Elle déclara que cette attaque était due à son inquiétude de voir son père sans travail. Elle était très confuse après cette attaque et fut hospitalisée deux jours dans un service de psychiatrie.

Peu après avoir quitté l'hôpital, elle présenta des mouvements choréiformes et de nouveau des crises convulsives. Les mouvements disparaissaient pendant le sommeil. Elle fut traitée dans plusieurs hôpitaux où elle devint tout à fait indocile et finalement présenta de l'astasie-abasie avec contraction fonctionnelle des pieds et des mains. Pendant un de ces accès, elle se blessa avec une aiguille. En raison de ses menaces constantes de suicide, elle fut à nouveau envoyée en observation dans un service de psychiatrie où elle continua de

présenter des mouvements choréiformes des bras et de temps en temps des crises convulsives avec opisthotonos. Elle fut finalement admise à l'hôpital de Manhattan, le 4 janvier 1928. A son entrée, ses pupilles étaient irrégulières et inégales; elles réagissaient à la lumière mais le réflexe consensuel était lent à apparaître. Les réflexes étaient mis en évidence avec difficulté aux membres supérieurs mais étaient exagérés aux membre inférieurs.

Il n'y avait pas de clonus du pied ni de signe de Babinski. Les réflexes abdominaux étaient diminués; il n'y avait pas de troubles sensoriels. Il y avait constamment des phénomènes rythmiques de contraction et d'extension des deux bras.

Quand on soulevait les jambes du plan du lit, on notait des tremblements importants. La malade ne pouvait ni se lever ni marcher. Les deux jambes étaient très rigides; une tentative de marche entraîna de violents mouvements de torsion du tronc et de la tête. En position allongée, les jambes étaient maintenues en extension; les coudes plaqués contre les flancs, les avant-bras fléchis, les poings fermés.

L'examen de l'œil droit montra un degré modéré de myopie, le gauche un degré moindre. L'examen du fond d'œil était normal et il n'y avait pas d'anomalie du champ visuel. Il y avait une instabilité vaso-motrice et un dermographisme très prononcés. Le Bordet-Wasserman dans le sang et le liquide céphalo-rachidien étaient négatifs.

Les convulsions se sont manifestées depuis son entrée à l'hôpital à la moyenne d'une tous les quatre jours; une fois il y en eut trois dans la même journée. Le médecin essaya de produire des convulsions artificiellement en pressant sur le nerf sus-orbitaire droit. Il y avait de l'incontinence d'urine pendant ces convulsions. Selon la malade, il n'y avait pas d'aura mais toujours amnésie de la crise. Pendant les convulsions produites artificiellement, il y avait un net opisthotonos Le tronc se plaçait en attitude tétanique, la tête et le sacrum reposant seuls sur le plan du lit. Les yeux et la bouche étaient

fermés énergiquement, les hanches fléchies, les genoux étendus, les pieds en position intermédiaire, les bras placés le long du corps, les coudes fléchis à 90°, les poings fermés. Puis les jambes commencèrent à présenter un tremblement croissant; un tremblement semblable apparut aux épaules et l'opisthotonos diminua. La malade commença à présenter de l'écume à la bouche. Pendant la première période, les deux yeux étaient dirigés en l'air et on ne pouvait pas voir les pupilles. Pendant la seconde période, la malade regardait droit devant elle, et la pupille gauche était plus petite que la droite. Cet état dura environ une demi-minute, les mouvements devinrent irréguliers et la malade commença à gémir dans son lit. Il lui fallait un laps de temps variable pour revenir à la conscience. Une fois, peu après une attaque, elle appela son père.

Entre les crises, elle avait un comportement un peu infantile. Après qu'on lui eut dit qu'elle guérirait, elle devint très heureuse et ne se souciait plus de sa maladie. Elle montrait une fixation paternelle très prononcée, elle disait qu'elle l'embrasserait plutôt que quelqu'un d'autre et son but en se mariant serait d'avoir une maison et un endroit pour y accueillir son père.

Pendant une conversation avec la malade, on établit qu'elle avait vu une fois son cousin qui mourut de « maladie du sommeil » et qui présentait un tremblement important.

La malade avait développé un transfert considérable envers son médecin qui passait des heures avec elle. Les symptômes cependant s'accentuèrent. En même temps ce médecin s'était retiré et la malade à qui on ne prêtait pas autant d'attention qu'auparavant commença à se montrer importune, et même agressive, donnant des coups de pied. On décida alors de la changer de cadre et on la transféra au service des épileptiques.

A son arrivée, elle se montra très troublée et eut plusieurs convulsions, pendant lesquelles elle tombait du lit. Pendant ces convulsions, on put voir que les pupilles ne réagissaient

plus cette fois à la lumière; peu après une convulsion on pouvait mettre en évidence un signe de Babinski uni ou bilatéral.

La malade était aphone et continuait à rester au lit. On la laissa seule et on lui suggéra qu'elle était capable de marcher. Elle refusa alors la nourriture et on dut la nourrir par sonde pendant plusieurs semaines.

Trois mois après, elle commença à se servir de ses jambes; les premiers essais étaient difficiles; elle se déplaçait en poussant une chaise devant elle. Il y avait encore de la contraction des mains, mais elle commença peu à peu à se servir de ses pouces dans les mouvements élémentaires.

Finalement, avec le traitement électrique, les doigts retrouvèrent petit à petit leur fonction. Depuis un an et demi, tous les signes ont disparu, sauf l'inégalité pupillaire et les accès convulsifs. Ceux-ci surviennent habituellement après une dispute avec les malades et aussi la nuit pendant le sommeil.

La malade est une grande psychopathe avec un balancement de l'humeur allant de l'adaptabilité et de la coopération à une irritabilité extrême. Pendant ses périodes d'excitation émotionnelle, la malade est dangereuse, capable d'attaquer ceux qui sont à sa portée, et fait des simulacres de suicide; on peut cependant la discipliner. Le nombre des accès ont considérablement diminué avec le traitement bromuré.

Nous avons bien dans cette observation l'association des deux affections : les mouvements choréiformes, l'astasie-abasie, la paralysie fonctionnelle sont de toute évidence de nature hystérique, de même que les convulsions qui peuvent être reproduites par la suggestion, mais qui par la suite, quand les manifestations hystériques disparaissent sont, pour l'auteur, indéniablement de nature épileptique, en raison du signe de Babinski et de l'absence de réaction pupillaire à la lumière.

2° Epilepsie et obsessions :

Quant à l'association de l'épilepsie et des obsessions elle

a été souvent étudiée (Féré, Pitres et Régis, Tixier, Janet) et dans sa thèse (1953) Bouvier présente douze observations où l'association des obsessions et de l'épilepsie se présente sous des modalités différentes :

— Tantôt le comportement obsessionnel précède de plusieurs mois l'apparition des crises comitiales du type petit mal.

— Tantôt on constate un balancement entre les deux ordres de symptômes, comme dans l'observation de Garmany où le foisonnement obsessionnel fortement sous-tendu d'angoisse a coïncidé avec la suppression des crises cliniques par la thérapeutique, ce qui conduit à penser que les deux affections sont dues à une même lésion.

Observation de Garmany :

Il s'agit d'un fermier âgé de 51 ans. Son enfance fut normale quoiqu'il fût un peu timide et eût peur dans l'obscurité. Il demanda à avoir de la lumière dans sa chambre jusqu'à l'âge de douze ans. Son père était un joueur de cricket bien connu dans le comté et sous sa direction, le malade consacrait beaucoup de temps au cricket et à d'autres sports.

A la sortie de l'école secondaire, il travailla avec son père dans le commerce des cuirs. Peu après sa mobilisation — sept mois après — il fut réformé pour des crises comitiales et une fracture de l'épaule secondaire à un de ses accès. Son père mourut quand il avait trente-deux ans et quelques années plus tard, il vendit son commerce, espérant qu'il aurait moins de crises en vivant au grand air. Lui et sa femme se retirèrent à la campagne pour vivre dans une ferme avec un jeune cousin, qui leur rendait quelques services en échange d'une petite concession sur leurs terres. Il vivait de l'élevage de quelques poules en même temps que du revenu d'un petit capital laissé par son père. En dépit de quelques difficultés avec son

cousin qu'il décrit comme un peu nerveux, il fit le même travail pendant seize ans.

On peut résumer ainsi l'histoire de sa famille. Son père était un homme rigide et strict qui commandait à sa maison avec une poigne de fer. Sa mère était une petite femme tranquille, qui mourut d'un cancer quand le malade avait vingt ans. L'un des frères mourut après la dernière guerre pendant laquelle il fut gazé et on dit qu'il eut des accès avec perte de connaissance.

L'autre frère, toujours en vie, est un instable peu scrupuleux qui fit des efforts soutenus pour tromper le malade tandis qu'il travaillaient comme associés. Le malade, en relation avec les signes obsessionnels décrits plus loin, disait très spontanément qu'en même temps qu'il admirait le caractère de son frère, il en était effrayé, craignant que de tels traits puissent apparaître en lui.

Le malade s'est marié à vingt-sept ans et le mariage fut heureux. Sa femme le décrit comme paisible et réservé, amateur de cricket et d'humeur stable. C'est un buveur d'eau intégral parce qu'il a entendu dire que l'alcool pourrait aggraver sa maladie. Il est croyant mais sans ostentation et ce n'est pas un fidèle particulièrement zélé à l'Eglise.

En dehors de son cricket, il a peu d'intérêts extérieurs et passe ses soirées à la maison.

L'épilepsie est apparue à l'âge de dix-sept ans et depuis, il a cinq ou six crises par an. Il n'eut pas de crises pendant plusieurs années avant son mariage, mais elle réapparurent ensuite. Il a pris sa maladie au sérieux et s'est traité régulièrement et sans interruption pendant les quinze dernières années.

Depuis deux ans, il n'avait plus de crises; au même moment, il commença à se sentir inquiet et se demandait s'il avait bien payé ses dettes. Il prit l'habitude d'aller dans les boutiques du village pour avoir confirmation qu'il avait bien payé ses dettes de la semaine précédente. Il savait fort bien

qu'il l'avait déjà fait mais il ressentait le besoin d'une confirmation. Au début, il suffisait d'une seule confirmation, mais plus tard, plusieurs visites devinrent nécessaires.

Au même moment, il eût peur que les barrières de ses champs fussent laissées ouvertes et, en dépit du plus grand soin et de la vérification de la fermeture de ses barrières, il restait tourmenté par la crainte que la targette ait sauté. Souvent, il était obligé de retourner dans plusieurs champs pour voir si les barrières étaient bien en ordre. La nuit, il craignait qu'une voiture de passage eût enfoncé l'une d'elles dans l'obscurité et que la victime restât sans secours jusqu'au lendemain. Une nuit, il resta éveillé, et trois fois, ayant entendu une voiture passer, il se leva, s'habilla et marcha pendant deux cents yards le long de la route en cherchant le corps de la victime.

Son passage à travers le village lui était un grand tourment car, à la fin, il avait trois actes rituels différents à accomplir :

1°) Il devait passer dans toutes les boutiques et demander s'il n'y devait pas d'argent.

2°) Il devait s'arrêter et expulser chaque pierre de la chaussée car elles auraient pu faire tomber ou blesser quelqu'un.

3°) Il devait ramasser et examiner tous les bouts de papier qu'il voyait de peur que ce fût un objet de valeur que quelqu'un aurait perdu.

A la fin, son anxiété devint si intense qu'il fut incapable de sortir de chez lui et qu'on dut l'admettre à l'hôpital. Là, il demandait continuellement s'il avait droit aux cigarettes et aux timbres qu'il avait apportés avec lui. En même temps il commentait son comportement stupide et suppliait la surveillante de le supporter autant que possible.

Comme on lui prenait sa température, il se sentait obligé de demander si le thermomètre avait bien été enlevé et ne risquait pas de se glisser sous ses couvertures.

Après s'être lavé les mains, ce qu'il faisait fréquemment il revenait souvent sur ses pas pour être sûr qu'il avait bien fermé les robinets.

Il était continuellement péoccupé par cette incessante rumination : dans un si grand hôpital quelqu'un pourrait être enterré précocement parce que le médecin n'est pas toujours capable de constater le décès.

Il n'y avait jamais eu auparavant dans son existence de signes obsessionnels. Il avait toujours été un homme ordonné et soigneux, même un peu « singulier », mais jamais au point que sa famille l'ait considéré comme le moins du monde anormal.

A l'hôpital, on le traite par des sédatifs à doses régulières et progressivement croissantes et par une simple psychothérapie. Son anxiété a disparu et quoiqu'il ne soit pas tout à fait libéré de ses rituels, ceux-ci paraissent moins intenses et davantage soumis à son contrôle lors de sa sortie.

Dans la suite, l'état reste stationnaire avec une très singulière incapacité pratique. On envisage une leucotomie préfrontale, mais on diffère cette décision en raison du bon effet d'un traitement conservateur.

En résumé : l'apparition d'un état obsessionnel typique au moment même où les crises disparaissent évoque nettement un processus univoque pour ces deux ordres de symptômes.

Pour l'auteur, il s'agirait d'une lésion sous-corticale possible.

Les observations que nous présenterons ne comportent pas de cas où se manifeste une personnalité hystérique, mais par contre la plupart d'entre elles concernent des malades présentant des signes de psychasthénie avec tendance à l'anxiété, au « perfectionnisme », aux obsessions et l'hyperaffectivité. Sur un tel fond constitutionnel surviennent facilement des conflits affectifs et c'est à leur paroxysme que

nous verrons apparaître les crises d'épilepsie, dont certaines bénéficient de la confirmation électroencéphalographique.

Mais les traitements anticomitiaux n'auront la plus part du temps guère d'effet sur l'évolution de l'affection tandis qu'on verra une amélioration très nette et quelquefois même la guérison survenir à la suite de la liquidation du conflit ou grâce à la psychothérapie.

HISTORIQUE

La lecture des nombreuses publications traitant de la composante affective dans la pathogénie de l'épilepsie montre deux périodes assez bien tranchées : la période pré-psychanalytique et la période psychanalytique. Nous allons passer en revue les opinions des auteurs appartenant à l'une et l'autre école sur cette question.

Pour Pierre Janet, les « agitations des fonctions automatiques » constituent un phénomène de remploi ou de dérivation. La chute de la tension psychologique aurait pour contrepartie l'exaltation des formes les plus basses de la conduite : « La plus basse des conduites psychologiques est l'agitation convulsive et au-dessous de ces convulsions des membres se placent peut-être des modifications des fonctions respiratoires et circulatoires. C'est pour cela que l'émotion quand elle est profonde aboutit toujours à des convulsions ou à de simples modifications viscérales. »

A l'appui de cette théorie purement psychogénique il présente deux observations de transformation d'angoisse psychasthénique en crises d'épilepsie.

Guy..., homme de 52 ans, mécanicien de chemin de fer, d'un esprit intelligent et délicat, a toujours eu une volonté faible. Depuis l'âge de 12 ans, il a des préoccupations et des scrupules qui ont pris bientôt la forme interrogative. Il lui vient en tête des idées singulières qu'il a de la peine à exprimer et qu'il comprend mal lui-même : « Pourquoi les hommes vivent-ils ? Comment les hommes sont-ils faits ? Pourquoi les hommes doivent-ils mourir ? » Ces idées l'ont déjà beaucoup tourmenté. Au même moment où il se posait ces questions, il a déjà éprouvé depuis longtemps des états émo-

tifs tout à fait spéciaux : il avait des tremblements, des secousses, des sensations de froid dans les jambes, des troubles de respiration et des palpitations de cœur. En un mot depuis sa jeunesse, il a des angoisses en même temps que des idées obsédantes et des interrogations scrupuleuses. Dans ces dernières années, les angoisses ont beaucoup augmenté et comme il arrive souvent dans ce cas, les manies mentales ont diminué. Cependant il restait uniquement un psychasthénique douteur et angoissé; personne n'aurait songé à faire un autre diagnostic.

Mais voici que depuis deux ans, les choses en s'aggravant ont semblé changer de caractère. Le malade dans ses crises d'angoisse perd conscience de plus en plus; à trois reprises, il est tombé par terre de tout son long; il a perdu conscience et n'a eu pendant deux minutes « qu'un petit grelottement dans les mains »; il est revenu à lui très hébété et engourdi et il a été saisi d'un sommeil profond et irrésistible qui a duré plusieurs heures; dans un de ses accès, il a mouillé son pantalon.

Même évolution dans l'observation de Gy ... femme de 34 ans : crises d'angoisse qui ont commencé à la pension après une peur, sorte de sentiment de vertige et de bourdonnement de pensée.

Dernièrement, dans une de ces crises, elle a marché droit devant elle sans savoir ce qu'elle faisait, puis elle est tombée sans connaissance et en bavant; l'accès a été typique.

C'est assez, ajoute l'auteur, pour montrer que l'angoisse psychasthénique peut se transformer en épilepsie, de même que l'épilepsie en angoisse. Il propose pour cette catégorie de crises le terme de « psycholepsie » auquel se rallient Marchand et de Ajuriaguerra qui leur refusent la dénomination « d'épileptiques ».

Oppenheim décrivit comme entité morbide « les convulsions psychasthéniques » sous le nom de « crises intermédiaires ». Leur déclenchement se fait sous l'influence des états

neurasthéniques, psychasthéniques, après une période d'insomnie ou à l'acmé d'une réaction de peur. Les caractères se rapprochent de ceux de la crise épileptique classique : la perte de connaissance est complète. A noter cependant l'absence fréquente des convulsions ou bien la localisation des convulsions dans des groupes musculaires isolés, ou bien la persistance de mouvements convulsifs après le retour à la conscience.

Ces états peuvent se rapprocher des équivalents épileptiques et du petit mal. Le traitement bromuré a un effet moindre que le traitement du terrain névropathique général.

Lépine (1911) décrit à son tour sous le nom « d'épilepsie psychasthénique » des crises survenant chez des sujets impressionnables, sensitifs, faibles de caractère et ayant quelques caractères particuliers : perte de conscience complète mais pas instantanée. Le malade les sent venir sans pourtant qu'elles soient annoncées par une véritable aura. Pas de véritables convulsions; mais seulement quelques brèves secousses; quelquefois même le clonus manque totalement. On ne note pas d'émission d'urine. Ces crises ont toujours une cause occasionnelle d'ordre émotif, comme ce sujet dont il nous rapporte l'histoire qui souffrait de la phobie du chemin de fer et qui, contraint par ses affaires à un grand voyage, a dans le train une crise avec perte de connaissance suivie de sommeil de plusieurs heures de durée.

La même année, Bratz isole soixante cas de psychopathes souffrant d'attaques épileptiques typiques, survenant épisodiquement sous l'effet des émotions, mais aussi de maladies fébriles, des températures élevées, des abus alcooliques et les classe dans une nouvelle entité, l' « affekt-épilepsie ». Les symptômes cliniques sont ceux de l'épilepsie convulsive avec convulsions toniques, cloniques, morsure de la langue, émission d'urine et même rigidité pupillaire. Cependant, pour Bratz, ces malades ne seraient pas des épileptiques véritables.

Les éléments de différenciation seraient les suivants :

1) L'absence d'évolution vers un état démentiel;

2) Le fait même que l'accès survient à la suite d'un facteur précipitant tel qu'une émotion, et non pas spontanément, ce qui actuellement semble être une conception absolument erronée.

3) Surtout, l'effet du traitement hygiénique, psychothérapique ou du changement de milieu qui sont plus efficaces que les traitements médicaux.

Toutes ces conceptions ont eu pour résultat de laisser supposer qu'il y a peu de différence entre crises hystériques et crises épileptiques. Pour STEFFENS le même facteur est en cause dans les deux cas mais diffère en intensité et en conséquence, puis représentant des cas où l'on retrouve les caractéristiques de deux affections, il suggère le premier l'entité d' « hystéro-épilepsie ».

BISWANGER se prononce aussi en faveur de l' « hystéro-épilepsie », insistant sur le fait qu'au cours d'une névrose épileptique, il peut s'ajouter des éléments typiquement hystériques ou que des attaques épileptiques paroxystiques peuvent s'ajouter au Tableau d'une hystérie caractérisée.

Toutes ces conceptions sont critiquées par MARCHAND et de AJURIAGUERRA qui n'admettent pas qu'on se serve du terme « épilepsie » pour désigner l' « épilepsie psychasthénique » et l' « affectépilepsie », puisqu'il ne s'agirait pas d'épilepsie mais de formes intermédiaires entre l'épilepsie et l'hystérie.

De même pour l'hystéro-épilepsie qui serait en fait de l'hystérie.

Ils s'attachent à dissocier le cadre de « l'épilepsie psychasthénique » et de l' « affekt-épilepsie » dont certains cas rentrent dans le cadre général des épilepsies et d'autres dans celui des crises névropathiques et ils se refusent à admettre qu'il y a peu de différence pathogénique entre ces deux for-

mes de crises ou qu'elles peuvent se transformer l'une dans l'autre.

Par ailleurs, pour ces mêmes auteurs, l'émotion est rarement une cause déterminante des accès.

Ils s'appuient sur les constatations suivantes :

— Des émotions vives, des chagrins profonds, des préoccupations prolongées peuvent survenir souvent chez les épileptiques sans augmenter la fréquence des crises.

— Pendant la guerre de 1914-1918, ils n'ont pas observé un seul cas d'épilepsie consécutive à une émotion.

— Pendant le tragique exode de 1940, une enquête menée chez une cinquantaine d'épileptiques leur a révélé que dans aucun cas les crises ne sont devenues plus fréquentes, malgré l'angoisse de la fuite, la panique des foules, des bombardements et même la suppression de tout traitement.

Et ils concluent que si dans les anciennes observations, les émotions ont déterminé des crises névropathiques, des crises toniques sans perte de connaissance qui ont été diagnostiquées crises épileptiques, c'est parce que les différences cliniques entre l'hystérie et l'épilepsie étaient mal délimitées.

On est revenu ces dernières années sur ce problème et Barkwin, passant en revue les opinions émises récemment, nous le présente de la façon suivante, en ce qui concerne les rapports entre les émotions et l'apparition d'une crise :

— Pour Lennox, l'émotion peut modifier mais ne peut pas à elle seule être la cause de tracés électroencéphalographiques anormaux. Tandis qu' Aring, Lederer et Rosenbaum ont décrit le cas de trois adultes chez qui un choc émotionnel avait été un facteur déterminant dans l'apparition des crises qui furent contrôlées par la psychothérapie ajoutée aux anticonvulsivants.

— Pour Barkwin lui-même ce n'est que rarement qu'un facteur de maladie psychologique a précédé l'apparition de la première convulsion; mais les états de tension chronique

peuvent augmenter la fréquence et la sévérité des crises. Les facteurs émotionnels ont peu d'influence sur la maladie chez les enfants au-dessous de 3 à 4 ans, mais leur importance augmente avec l'âge.

Quant aux psychanalystes, ils ont cherché à pénétrer la structure affective de la crise d'épilepsie en considérant que le malade est engagé dans l'éclosion et le déroulement de sa crise.

Steckel place au centre de tendances affectives de l'épileptique un système pulsionnel essentiellement homicide.

La crise constituerait un substitut de cette tendance homicide et réaliserait également un acte sexuel qui lui-même, a pour le sujet la valeur d'un crime.

La crise, ajoute-t-il, est produite par une très forte angoisse de culpabilité. Il décrit huit situations psychogènes en rapport avec ces crises :

1) L'épileptique se précipite dans sa crise pour fuir une situation d'angoisse;

2) L'épileptique vit dans sa crise une situation psychologique récente;

3) L'épileptique vit dans sa crise un traumatisme infantile;

4) La crise d'épilepsie reproduit le traumatisme de la naissance;

5) La crise réalise une régression jusqu'à la phase intra-utérine;

6) L'épileptique réalise dans sa crise l'expérience de sa propre mort;

7) La crise représente un acte sexuel interdit et le malade s'inflige une crise d'épilepsie pour se punir d'une culpabilité sexuelle;

8) La crise est l'équivalent d'un crime.

Pour Clark, la crise convulsive satisfait les désirs sexuels anachroniques contemporains de la fixation œdipien-

ne et pour W. Reich, l'attaque représente un coït; c'est un « orgasme extra-génital ».

Enfin pour Freud étudiant en détail le cas de Dostoïewski qui, on le sait, était épileptique, les décharges instinctives trouvent une issue dans les convulsions et autres phénomènes comitiaux.

Ainsi, on le voit, nombreuses et variées sont les explications psychogénétiques de la crise d'épilepsie. Elles tendent à montrer que l'épileptique ne « subit » pas sa crise mais plutôt qu'il la « fait ».

Et Henri Ey d'ajouter même que « l'homme épileptique a besoin de sa crise et si on la lui supprime, il faut avoir soin de lui donner des compensations ».

CHAPITRE III

OBSERVATIONS COMMENTEES

Les observations qui vont suivre, obligeamment communiquées par Messieurs DELMAS-MARSALET et BERGOUIGNAN, présentent des cas d'épilepsie consécutifs, les uns, à des émotions vives et les autres à des conflits affectifs ou à des situations de tension nerveuse permanente.

Les observations relevant de la première catégorie sont au nombre de trois.

OBSERVATION n° 1 (Professeur DELMAS-MARSALET)

M. R... (Georges), 60 ans, commerçant.

Né aux fers sans incident. Les premiers accidents (absences) surviennent pendant sa scolarité primaire. Il est traité au bromure pendant des années. Première crise convulsive à 22 ans après arrêt brusque du bromure. Une reprise du traitement n'amène qu'un résultat incomplet (5 à 6 grandes crises par an). A partir de 1922, il prend du luminal (0,05 matin et soir), puis du gardénal à la même dose. Il ne présente aucune crise jusqu'en 1943. Deux crises surviennent le même jour après oubli du médicament. De 1943 à 1946, il prend 0,05 de gardénal matin et soir et il n'a aucune crise. De 1946 à 1948, la dose est diminuée (0,03 matin et soir), puis de 1948 à 1950, 0,01 matin et soir, toujours sans crise. Ce traitement est poursuivi jusqu'en mars 1952, sans qu'il n'apparaisse aucune crise.

Le malade vient nous consulter pour renouvellement de son

ordonnance. A peine sorti de notre cabinet, il assiste à un accident de la rue très dramatique : un enfant est écrasé sous ses yeux. Immédiatement, le sujet fait une crise convulsive typique. Ramassé par des agents qui avaient découvert notre ordonnance dans ses vêtements, le malade nous est ramené. La description de la crise faite par des témoins, la constatation d'une morsure de la langue et d'énurésie établissent qu'il s'agit bien d'une manifestation comitiale.

Le rôle de l'émotion paraît indiscutable chez ce sujet qui n'avait pas présenté de crise depuis onze ans.

A côté des émotions douloureuses, les émotions joyeuses peuvent être un facteur favorisant de crise comitiale. Cette influence pathogène a été reconnue depuis longtemps aux surprises joyeuses qui peuvent déterminer une crise de narcolepsie-cataplexie. Nous ne l'avons pas vu signalée dans la littérature à propos des manifestations comitiales. Nous la croyons certainement en jeu dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION n° 2

Lar... (Elizabeth), 20 ans.

A présenté sa première crise à l'âge de 12 ans. Ce jour-là, elle n'était pas allée en classe car on devait tuer le cochon chez elle, et c'était pour elle un grand jour de fête. Brusquement, à son lever, elle éprouve une sensation vertigineuse. Elle ne sait plus où elle est, ni ce qu'elle fait. Elle marche comme une automate jusqu'à la porte et commence une crise giratoire où elle tourne vers la droite. Puis elle tombe en perdant totalement conscience; la crise dure dix minutes environ.

Depuis lors, elle présente quatre ou cinq crises par an qui surviennent à peu près exclusivement, sans qu'on puisse être tout à fait affirmatif quand arrive un événement joyeux qui change le rythme de sa vie habituelle. Elle a l'impression qu'il s'agit presque toujours des jours de fête. La crise est toujours précédée d'une obnubilation psychique : où suis-je ? qu'est-ce que je fais ? Puis

la perte de conscience survient. Il lui arrive aussi d'avoir cette même impression d'obnubilation cérébrale sans avoir de crise consécutive.

Il n'a pas été pratiqué d'E.E.G.

En résumé, crises cliniquement indiscutables survenant avec une prédilection très marquée au début des journées qui doivent comporter pour la malade un programme joyeux.

OBSERVATION n° 3

For... (Mauricette), 10 ans.

Les crises semblent avoir commencé vers l'âge de 9 ans. Cependant, il faut noter dans les premières années de la vie certaines rythmies du sommeil; l'enfant se balançait pendant un long moment de façon semi-automatique. A l'âge de 9 ans, on a dû la placer dans un pensionnat anglais; la séparation de sa mère a été extrêmement pénible et pendant plusieurs jours l'enfant a cherché si sa mère n'était pas auprès d'elle. Mais elle n'a pas eu de crise à ce moment-là. Par contre, les jours de sortie (elle sort deux fois par mois en moyenne), le matin, au lever, elle présente un évanouissement qui s'est accompagné une fois de morsure de la langue et une autre fois de miction involontaire.

Par ailleurs, l'enfant est instable, ne tient pas en place, et fixe très difficilement son attention.

Il n'a pas été pratiqué d'E.E.G.

En résumé, chez une enfant de 10 ans, apparition de crises comitiales qui surviennent régulièrement après le lever, les jours de sortie.

Sans même invoquer la qualité émotionnelle particulière de la joie, on peut sans doute discuter la responsabilité possible d'un changement brusque dans le rythme quotidien de la vie, car on sait combien les épileptiques ont besoin d'une vie régulière et bien ordonnée.

Dans la seconde série d'observations, au nombre de 13, ce ne sont plus des émotions vives, mais des situations conflictuelles diverses qui sont en jeu. Elles déterminent des

modifications profondes et permanentes de l'affectivité qui aboutissent aux crises d'épilepsie.

On pouvait envisager ici plusieurs classifications :

1° Selon les caractères électro-cliniques de la crise : on en distingue 3 types : grand mal, petit mal et crises psychomotrices ou temporales.

2° Selon que l'épilepsie était isolée ou associée à une autre névrose (névrose obsessionnelle).

3° Selon le type de conflit en jeu. Mais certains malades présentant à la fois plusieurs conflits. il devenait difficile de les placer sous une rubrique plutôt que sous une autre.

On a finalement placé côte à côte les observations où sous un certain angle du moins, les situations conflictuelles sont sensiblement les mêmes.

Nous présenterons tout d'abord une observation où l'épilepsie est associée à une névrose obsessionnelle.

OBSERVATION n° 1

Lar... (Philippe), 60 ans, comptable.

Grand obsédé depuis l'âge de 11 ans. Sa phobie obsédante porte actuellement sur les espèces sacrées. Il craint en permanence de souiller des parcelles d'hosties consacrées qui auraient pu tomber sur ses vêtements ou sur sa table de travail, au cours des conversations qu'il peut avoir avec des personnes susceptibles d'avoir communié.

Cet état obsessionnel comporte une anxiété très vive et le conduit à un apragmatisme presque total dans la phase la plus aiguë de sa maladie.

En réalité, l'état obsessionnel a débuté vers la douzième année. Le thème en était essentiellement le scrupule moral engendré par la crainte de commettre des turpides sexuelles. Ce scrupule donnait lieu à d'interminables raisonnements et aussi à des rites protecteurs très subtils qui, avec des variantes, se renouvelleront souvent au cours de l'existence.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, cette névrose obsessionnelle évolue avec des phases de rémission relative et de recrudescence. Les

manifestations épileptiques n'apparaissent que vers cet âge, où le malade est traité par le Professeur Perrens. Le malade traverse alors une phase d'anxiété plus vive avec recrudescence de troubles obsessionnels. Les manifestations épileptiques qu'il appelle par euphémisme « crises d'aphasie » surviennent vers l'acmé de cette phase d'anxiété, au cours de journées où il garde constamment une impression de plénitude rectale avec impression de n'avoir pas expulsé complètement le bol fécal. Brusquement, il se rend compte qu'il n'est plus capable de poursuivre la conversation s'il s'entretient à ce moment-là avec un de ses collègues. Il s'arrête de parler pour ne pas dire une bêtise. A ce moment-là, une pensée absolument stéréotypée qu'il reconnaît pour l'avoir déjà subie se présente à son esprit, avec une impression très forte de « déjà pensé ». Les gens qui l'entourent lui semblent pendant cet instant répéter toujours la même chose.

La crise s'arrête au bout de quelques secondes, où sa conscience, bien que perturbée, n'a donc jamais été abolie; mais après la crise il ne garde qu'un souvenir incomplet de ce qui s'est passé et en particulier, il a toujours été incapable de préciser quelle était cette pensée, toujours la même, qui lui venait à l'esprit.

Ces crises se répètent avec une fréquence variable par phases d'aggravation et de rémission; elles se répéteront par exemple trois ou quatre fois par jour pendant sept à huit jours, puis cesseront complètement pendant trois semaines et reprendront ensuite sans aucune régularité.

Il a aussi, mais plus rarement, des crises nocturnes. Il se réveille en sursaut, il a des mouvements automatiques de déglutition de la salive, une sensation un peu angoissante, une pensée moins précise. Puis la crise cesse et il peut s'endormir. Ces crises nocturnes, au nombre de deux ou trois parfois la nuit, surviennent dans les mêmes périodes que les crises diurnes.

Pendant la période d'observation très prolongée où nous avons suivi ce malade, nous avons essayé de préciser s'il existait un rapport entre les phases d'anxiété plus fortes et les crises. Nous avons cru constater une relation certaine; c'est ainsi qu'une phase prolongée d'amélioration liée à la psychothérapie avec reprise d'activité normale et sentiment de détente (le malade n'avait cepen-

dant pas abandonné certains rites protecteurs) comporta une absence totale de crise pendant plusieurs mois.

Par contre, une mésentente avec le psychothérapeute avec agressivité contenue et recrudescence considérable des phénomènes obsessionnels, comporta une multiplication des crises quotidiennes.

En dehors de cette périodicité générale, comportant un parallélisme entre l'intensité de la névrose obsessionnelle et la fréquence des équivalents épileptiques, nous devons noter une autre corrélation extrêmement significative à notre avis. Ce malade, nous l'avons vu, est un obsédé moral, avec censure très rigide à l'égard de tout ce qui touche à la sexualité. Or, les crises, dans les périodes mauvaises, surviennent avec une particulière fréquence dans la journée qui suit les rapports sexuels avec sa femme. Ces journées sont marquées par une résurgence de son éternel conflit; c'est au cours de ces journées-là qu'il éprouve avec prédilection la sensation de plénitude anale que nous avons signalée et qui, sur le plan psychanalytique, ne peut manquer d'évoquer l'hypothèse de la régression au stade anal chez les obsédés.

On peut se demander si l'anxiété elle-même agit directement comme facteur de multiplication des crises, ou bien si elle n'agit qu'indirectement en entraînant d'autres désordres susceptibles eux-mêmes de favoriser le retour des crises : insomnie, désordres viscéraux, hypervagotonie (l'hypoglycémie pouvait être éliminée).

Nous devons noter que le sommeil était toujours intégralement conservé chez ce malade. Par contre, le patient lui-même avait cru remarquer une relation possible entre un malaise digestif réel (en dehors de la sensation de plénitude rectale) qu'il attribuait à un dysfonctionnement hépatique intermittent et la fréquence plus grande des crises.

Depuis 1939, le malade prend de l'Alepsal, à la dose de 0 gr 10, sur le conseil des médecins qu'il a consultés; l'influence de ce médicament sur les crises n'est pas évidente.

Un E.E.G. a été pratiqué au laboratoire de neurologie de l'hôpital Saint-André (Professeur Agrégé Jacques Faure) dont voici le compte rendu :

Activité fondamentale anormale de basse amplitude, faite de rythmes mélangés rapides (15-20 c/s) et lents (7,5 et 4) sur des ondulations de la ligne de base très lentes de 1,5 et 2 c/s.

On relève des paroxysmes de pointes, d'ondes à pente raide et des groupements d'ondes anormales selon le mode arythmique, avec des groupements selon le mode rythmique à 7 c/s en temporale gauche.

L'épreuve de l'hyperpnée accentue ces anomalies, révélant un maximum en dérivation temporo-occipitale gauche. La stimulation lumineuse intermittente entraîne des réponses anormales dans toutes les dérivations avec une prédominance pour les dérivations rolando-temporale et temporo-occipitale gauches.

Malgré l'atteinte diffuse, on peut facilement délimiter le maximum des anomalies à la région temporale moyenne et temporale postérieure gauche, avec propagation en temporale antérieure gauche et rolando-temporale gauche.

Conclusion : E.E.G. anormal, de type « vasculaire », avec anomalies centrées en temporale gauche et temporo-rolandique gauche.

Il faut noter que cet homme appartient à une famille d'obsédés. Son père et son frère ont présenté des manifestations très nettes de cette névrose, mais avec moins d'intensité que notre malade et n'ont présenté aucune manifestation comitiale.

Un fils naturel de notre malade présente, lui, un comportement anti-social de récidiviste; si les conditions psychologiques de son enfance ont pu jouer un rôle déterminant, il n'est pas exclu qu'il s'agisse d'un déséquilibré épileptoïde.

En résumé, crises psychiques cliniquement indubitables, avec sensation de « déjà pensé » survenues tardivement chez un grand obsédé, au cours d'une recrudescence de sa névrose obsessionnelle. Les crises surviennent de façon exclusive pendant les périodes où l'anxiété obsessionnelle de ce malade prend une grande acuité; elles se répètent au cours de ces périodes sous l'influence de facteurs psychologiques définis.

Il est probable que d'autres facteurs entrent également en jeu.

Les deux observations suivantes concernent des malades dont certaines crises sont survenues dans des circonstances analogues.

OBSERVATION n° 2

San... (Martial), 33 ans, tailleur.

Présente depuis son adolescence un comportement de psychasthénique avec tendances obsédantes. La crainte obsédante a particulièrement intéressé la vie sexuelle du sujet, mais sans jamais prendre une importance trop inhibitrice. Le malade éprouve aussi des craintes obsédantes dans certaines circonstances déterminées qui ont pris une signification dans son passé psychologique; ainsi, quand il prend un apéritif et qu'il mange des choux. Dans l'ensemble de sa vie, il se comporte en petit anxieux, se faisant des montagnes de tout, toujours préoccupé et incapable de liquider ses soucis. C'est en 1946, au moment où il prend avec la plus grande difficulté la décision de se marier, qu'il présente la poussée obsessionnelle la plus importante. C'est aussi au même moment, en août 1946, qu'il présente pour la première fois de « mauvais moments ». Il les décrit de la façon suivante : d'abord sensation d'angoisse épigastrique, puis impression de vide qui monte dans tout le corps; puis troubles bizarres de la respiration; il souffle très fort comme s'il devait respirer à fond, il pâlit et ne perd habituellement conscience que pendant quatre ou cinq secondes où il reste absent de la conversation. De 1946 à 1953, ces crises sont survenues de façon irrégulière, mais habituellement groupées par périodes de six à huit jours; puis, pendant un mois, parfois un peu moins, le malade ne garde que son fond psychasthénique sans aucune crise. Si, au contraire, il prend un apéritif ou des choux, auxquels il prête une signification pathologique, il est envahi de craintes obsédantes et ses crises sont beaucoup plus répétées. De même, quand il a eu des rapports avec sa femme, il a en général plusieurs malaises le lendemain. Depuis deux ans l'état psychonévropathique s'est aggravé; ce sujet est beaucoup plus agressif, surtout à l'égard de sa femme; il est aussi plus obsédé à l'égard de l'acte sexuel. Il est d'ailleurs assez inhibé et constate une diminution de son appetit sexuel.

Parallèlement, les malaises ont plutôt augmenté et surtout sont survenus au cours des années 1953-1954 trois grandes crises comitiales précédées d'angoisse et comportant une chute avec perte de conscience complète.

Antécédents. — Il est le quatorzième de quatorze enfants et il a toujours été exigeant au point de vue affectif. A deux ans, sans raison pathologique, alors qu'il prenait le sein, il présente un jour une sorte de crise de fureur où il mord le sein de sa mère. Il aurait gardé ensuite un bégaiement pendant assez longtemps. Il ne nous a pas été possible de faire la preuve qu'il y eut des obsédés ou des épileptiques dans sa famille.

L'E.E.G. n'a pu être pratiqué.

En résumé : psychasthénique avec obsessions mineures qui présente pour la première fois des absences épileptiques à 25 ans, au moment d'une recrudescence d'anxiété et d'obsessions à l'occasion de son mariage. Ces absences sont assez nettement rythmées par les oscillations de l'état névrotique. Au cours de ces deux dernières années, sont survenues trois grandes crises avec chute.

Il y a toute raison de penser qu'il s'agit encore d'une épilepsie temporale, malgré l'absence d'E.E.G.

OBSERVATION n° 3

Oli... (Gisèle), 27 ans, modiste.

A toujours présenté une nature inquiète avec une hyperaffectivité toujours insatisfaite. Son père étant fonctionnaire aux colonies, elle a été élevée par sa grand-mère, mais a souffert beaucoup d'être privée de la présence maternelle. Pour sa première communion, en l'absence de ses parents, elle a été très abattue et a présenté une petite poussée dépressive. A partir de 14 ans, elle souffre encore davantage de sa solitude, mais après la mort de son père, elle s'installe avec sa mère et exerce une activité très grande où elle fait preuve d'un certain perfectionnisme avec sentiment d'incomplétude.

A 19 ans, elle rencontre un jeune homme auquel elle s'attache rapidement, mais le mariage est alors pour elle source de beaucoup d'hésitations; elle traverse une période de tension nerveuse où surviennent les premières crises : il s'agit d'absences où elle s'immobilise brusquement pendant un instant et dont elle ne garde ensuite aucune mémoire.

Elle a aussi des syncopes, surtout quand elle est debout : elle

éprouve un pincement du nez et resserrement péri-buccal, puis elle perd conscience. Elle a cependant le temps de s'étendre puis elle revient à la conscience. Elle est tombée un jour brutalement sur le rebord d'un meuble et s'est blessée à la tête. Elle se décide enfin à se marier, et, quelques mois plus tard, elle n'a plus ni absence ni crise.

Néanmoins, à l'âge de 26 ans, reprise d'un syndrome névropathique d'agoraphobie. Elle ne peut assister à aucune réunion, ne peut sortir de chez elle; mais cette recrudescence de phénomènes névropathiques ne s'accompagne pas de reprise des crises nerveuses. Il n'a pas été pratiqué d'E.E.G.

En résumé : apparition de manifestations de type comitial cliniquement indiscutables au cours de la période de tension inquiète qui a précédé la décision de se marier chez une psychasthénique hyperaffective. Mais absence d'évolution au cours d'une poussée ultérieure d'agoraphobie qui évolue sans manifestations comitiales.

Voici maintenant deux observations, où parmi d'autres, une des causes de tension nerveuse est le conflit affectif entre une fille et sa mère.

OBSERVATION n° 4

Ter... (Paulette).

A l'âge de 15 ans, en 1940, première crise comitiale diurne, sans aura : chute brusque avec perte de conscience, morsure de la langue et convulsions.

Trois mois plus tard, elle présente une deuxième crise. Elle suit alors un traitement comprenant 0 gr 10 d'alepsal le matin et 0 gr 05 de gardénal le soir. Quinze mois sans crise.

Reprise des crises en 1942 à un rythme beaucoup plus rapproché, malgré la continuation du traitement; elle présente dans l'année une quarantaine de crises. A partir de cette date, les crises vont continuer à un rythme varié malgré la prise de 0 gr 20 de gardénal et de deux comprimés de dihydan.

Néanmoins, à partir de 1945, la malade a une situation, ce qui crée pour elle une atmosphère toute nouvelle et lui donne une

grande satisfaction, car elle désirait se rendre indépendante. Le rythme des crises tombe brusquement : six crises en 1946, dont l'une à la veille d'un concours; de même, six crises en 1947, dont l'une survient à l'annonce de la mort de son grand-père. Le 13 août 1948, apprenant la mort de l'autre grand-père, elle présente aussi une crise. A partir de 1949, où elle envisage de se marier et de se séparer complètement de ses parents (elle se marie en 1951), elle n'a plus de crise.

Néanmoins, le 27 janvier 1952 elle présente une crise à 5 heures du matin, alors qu'elle avait dansé jusqu'à 3 heures à un mariage auquel elle avait assisté, sans avoir pris de boissons alcoolisées.

L'E.E.G. pratiqué le 12 janvier 1955 (Docteur Loiseau, Centre de Neuro-Biologie, Hôpital Saint-André) donne les résultats suivants :

Rythme alpha à 10 c/s et 40-60 microvolts ne disparaissant pas complètement à l'ouverture des yeux.

L'activité fondamentale du tracé est anormale, caractérisée :

1° Par de nombreuses pointes isolées ou associées à des ondes lentes, réalisant des pointes-ondes, parfois en bouffées synchrones et bilatérales.

2° Par une dysrythmie généralisée thêta et bêta.

3° Par un maximum d'anomalies au niveau du mésodiencéphale.

Les activations accentuent les caractères anormaux de ce tracé. A la S.L.I. en particulier, à partir de dix éclairs par seconde et pour les fréquences supérieures, apparaissent des polypointes ondes à la fermeture des yeux.

Conclusion : comitialité électrique de type centrencéphalique.

Sur le plan psychologique, conflit affectif avec sa mère. Elle se sait en effet très attachée à sa mère et très dépendante, mais en même temps en opposition très fréquente avec elle, car sa mère voulait la traiter en petite fille alors qu'elle désirait très fortement une situation qui lui permette de se suffire sans recourir à ses parents. Elle a noté elle-même que pendant la période 1940-1945 elle se sentait assez fatiguée, tendue, beaucoup plus irritable chez elle, surtout au moment des règles. Cependant, ses crises ne surviennent pas spécialement pendant la période menstruelle.

En résumé : épilepsie de type grand mal centrencéphalique survenue à l'âge de 15 ans chez une jeune fille qui traversait une crise affective à l'égard de sa mère. Cette épilepsie a paru d'abord bien contrôlée par les barbituriques, mais a repris ensuite avec une exacerbation très marquée. L'amélioration est survenue d'une façon très nette au moment où la malade résout en partie son conflit familial en commençant à travailler hors de chez elle. Quelques crises surviennent cependant encore pendant quatre années; parfois elles sont provoquées par une émotion douloureuse (information brusque d'un décès familial); elles ne vont cesser qu'à partir du moment où la malade se voit assurée d'un avenir nouveau (projet de mariage qui se réalise en 1951).

A noter simplement la crise isolée après une nuit d'insomnie et de danse et un tracé encore perturbé en 1955.

En décembre 1954, deux syncopes : accouchement normal cinq mois avant. Elle se fatigue beaucoup, pendant les mois qui suivent; elle doit réduire les heures de sommeil, se couchant tard pour se lever à 5 heures et demie du matin. Au moment où sa fatigue est très marquée, elle présente deux syncopes.

OBSERVATION n° 5

Com... (Simone), 35 ans.

Sa première crise d'épilepsie a été un équivalent psychomoteur survenu à 25 ans dans les conditions suivantes :

Elle a fait le projet de se marier, mais le jeune homme qu'elle pensait épouser contracte une maladie pulmonaire. Elle se décide alors à épouser un autre garçon qui lui faisait également la cour. Mais le jour même où elle prend cette décision et où elle l'annonce, elle se rend compte qu'elle fait une bêtise et en rentrant chez elle, elle présente ce qu'elle appelle « sa première absence ». Son regard se voile, elle éprouve des picotements dans les jambes et elle demeure absente pendant quelques secondes.

Trois mois plus tard, elle présente une crise généralisée : obnubilation de la vue, puis chute.

Après son mariage, en 1946, elle est très contrariée de vivre avec sa belle-mère et un jour où elle a été plus exaspérée que

d'habitude, elle présente sur les gradins du stade, après une certaine obnubilation visuelle, une grande crise avec chute.

Depuis lors, elle va présenter d'une part des équivalents, et d'autre part quelques grandes crises. Les équivalents, qui sont fréquents, surviennent dans les conditions suivantes :

Premièrement, au cours de son travail de secrétaire, elle est très perfectionniste et quand elle a quelque motif supplémentaire de faire un travail plus soigné, elle éprouve une tension nerveuse qui aboutit le plus souvent à une absence (crise psychomotrice brève).

Deuxièmement, lorsqu'elle est au cinéma ou au théâtre, elle éprouve une claustrophobie très angoissante et son malaise thoracique est suivi d'une obnubilation qui est très apparente pour son mari et qui dure quelques secondes.

Enfin, troisièmement, les accès de fou-rire ou de rire explosif déclenchent également une absence de quelques secondes où elle a le regard fixe et où elle laisse tomber les objets si elle en tient à la main; ce n'est pas une crise de cataplexie, car elle perd conscience pendant ce court instant.

Les grandes crises ont toujours les mêmes caractères : obnubilation de la vue, puis chute. Pendant quelques années, ces crises sont survenues la nuit; pendant le sommeil, sans aucun prodrome, la malade présentait de loin en loin une ou deux fois par an une crise généralisée avec morsure de la langue, dont elle trouvait la trace sur l'oreiller le lendemain.

D'autres fois, la crise survient en plein jour. Comme nous l'avons vu, il arrive que cette grande crise survienne plus facilement après une contrariété ou une colère rentrée.

Absences et grandes crises semblent plus fréquentes dans la période ménstruelle qui commence huit jours avant les règles. Elles ont été également plus fréquentes dans la période de son divorce en 1951. Elle est traitée par son deuxième mari avec une grande sollicitude, mais avec autorité. Il a fixé un traitement comprenant 0 gr 20 de gardénal par jour, avec association d'amphétamine et de diphenylhydantoïne. Depuis un an, il n'y a plus eu de grande crise et les absences elles-mêmes sont devenues beaucoup plus rares.

Par contre, depuis la même date, s'est installé un petit état

obsessionnel : la malade a eu une poussée hémorroïdaire bénigne qui a guéri rapidement et depuis lors, elle garde des sensations obsédantes de brûlures de la région périnéale, des douleurs très pénibles après les mictions et une préoccupation obsédante constante.

Tous les examens pratiqués ont été entièrement négatifs.

D'ailleurs, la malade n'ignore pas l'origine nerveuse de ses douleurs, d'autant plus que la moindre joie les dissipe et que la moindre altercation avec sa mère les majore. Il semble qu'il y ait vraiment parallélisme entre l'évolution de cette névrose obsessionnelle à forme de névrose d'organe et la quasi-disparition des crises comitiales.

Sur le plan psychologique, cette jeune femme apparaît comme très immature. Elle a toujours été en conflit avec sa mère, avec qui elle vit et à l'égard de qui elle éprouve un attachement instinctif et une agressivité très grande qui explose en colères parfois très violentes.

Nous n'avons pas déterminé clairement si elle n'avait pas également un conflit dans l'enfance à thème sexuel. Nous savons seulement qu'elle est à peu près frigide.

L'E.E.G. pratiqué en 1952 relève :

Rythme alpha à 10 c/s et 40 microvolts, irrégulier, instable.

Le fond du tracé est fait d'une dysrythmie rapide à 30 c/s et 30 microvolts, et 20 c/s et 30 microvolts. On relève également d'assez nombreuses ondes lentes à 3, 4, 5 c/s et 40 microvolts.

Il faut noter aussi des paroxysmes faits de bouffées à 6 c/s et 50 microvolts, rythmiques, survenant dans toutes les dérivations.

A la S.L.I., entraînement net à 5 c/s et 15 c/s.

En résumé : dysrythmie rapide en faveur d'une comitialité de type morphéique.

Conclusion : il s'agit de crises de petit mal et de grand mal réalisant cliniquement des paroxysmes de type temporal. Le sommeil a paru pendant trois ans favoriser l'apparition de quelques grandes crises, mais dans l'ensemble ce sont surtout les situations conflictuelles qui ont paru rythmer la fréquence des grandes et des petites crises. Parfois une forte contrariété du moment a paru pouvoir en déclencher.

Il faut noter enfin une sorte de balancement depuis un an

entre l'obsession cenestopathique permanente et les manifestations comitiales devenues beaucoup plus rares.

Dans les deux observations suivantes, il s'agit de 2 jeunes filles dont les crises apparaissent dans le milieu familial.

OBSERVATION n° 6

Les... (Raymonde).

Les manifestations commencent à l'âge de 16 ans, en 1949 : moments d'absence au cours de la conversation. Une de ces absences se complique d'un lâchage de la poêle qu'elle tenait à la main. D'autres fois, ce sont des sursauts avec lâchage des objets. Enfin, parfois la crise se complète par une chute qu'elle sent vaguement venir. Ces chutes restent tout de même rares et ce sont surtout les crises psychiques ou psychomotrices qui surviennent irrégulièrement au nombre de 5 à 10 par mois. Ces crises n'ont pas de rapport avec les règles qui sont elles-mêmes assez irrégulières.

Dans la même période, elle fréquente l'école primaire où elle travaille assez mal; elle est énervée et irritable, tout particulièrement chez elle où elle se sentait, dit-elle, trop « tenue », contractée. Elle n'est jamais satisfaite de son travail; elle veut toujours mieux faire. Mais à partir de 1953 tout change; elle trouve un emploi dans une usine; elle a un travail régulier qu'elle accomplit sans aucun souci, sans énervement; elle se sent elle-même beaucoup mieux. A partir de cette époque, les manifestations comitiales s'améliorent également d'une façon spectaculaire, puisque les crises cessent complètement. Il faut noter néanmoins que les crises comitiales semblent avoir cessé en 1952, alors que le travail régulier en usine n'a commencé qu'en 1953.

On n'a pas pu pratiquer d'E.E.G. mais il semble qu'il s'agisse d'épilepsie temporale, d'après le type de manifestations cliniques présentées par la malade.

Des traitements très nombreux ont été pratiqués : association de belladénal, d'épidione et de sedantoïnal dont la combinaison a paru avoir une efficacité réelle mais incomplète jusqu'en 1952 où les crises ont cessé.

En réalité, en 1952, l'atmosphère familiale avait complètement changé du fait de la mort du père.

En résumé : épilepsie cliniquement de type temporal, coïncidant avec une période de tension nerveuse et d'irritabilité qui cesse à partir de 1952 et fait place, à partir de 1953, à une vie active et heureuse. Les crises elles-mêmes présentent un parallélisme frappant avec le changement de l'humeur. Il semble bien que c'est le changement de l'humeur lié au changement d'atmosphère vitale qui a précédé l'amélioration des crises.

OBSERVATION n° 7

Pag... (Ginette), 26 ans.

Première crise comitiale à l'âge de 10 ans, annoncée par une sorte de frémissement de l'œil gauche, suivi d'un entraînement latéral de la tête et du cou, puis chute et perte de connaissance. Ces crises se reproduisent à une rythme variable, au nombre de deux ou trois par an, avec une certaine prédilection, à partir de la menstruation, pour les périodes cataméniales, jusqu'à l'âge de 22 ans. Elle vit pendant cette période avec ses parents auxquels elle est très attachée, tout en étant extrêmement irritable dans le milieu familial. Elle se rend bien compte que pendant toute cette période, elle a vécu contractée. Elle est traitée par solantyl et gardénal à la dose moyenne de 0,05 tous les jours.

Elle se marie en 1950 et quitte son milieu familial. Elle est très heureuse de son mariage et les crises cessent complètement.

Elle est enceinte en 1952; elle abandonne le traitement anticomitial à partir de cette époque en prenant cependant irrégulièrement un peu de gardénal jusqu'en 1954.

Elle a une deuxième grossesse en 1954. Elle en est contrariée, car elle aurait préféré n'avoir pas un deuxième enfant à une date aussi rapprochée du premier. Elle se fatigue et s'énerve, devenant plus impatiente et plus irritable avec son mari. Elle se querelle également avec une voisine qui a mauvais caractère. Et c'est dans ces conditions qu'une nouvelle crise survient en décembre 1954. Il faut noter que depuis plusieurs mois la malade avait abandonné tout traitement.

Nous avons fait préciser ici que le comportement sexuel de la malade était parfaitement normal et qu'elle n'avait jamais présenté de frigidité.

L'E.E.G. n'a pas été pratiqué.

En résumé : crises comitiales de type probablement temporal de 10 à 22 ans, accompagnées d'un état affectif d'irritabilité à l'égard du milieu familial. Les crises cessent malgré l'abandon du traitement anti-comitial à partir du mariage qui ouvre à la malade une nouvelle vie hors de chez elle. Elles reprennent, une crise isolée, dans les conditions psychologiques et physiologiques nouvelles créées par une deuxième grossesse mal acceptée et génératrice de fatigue et d'irritabilité à l'égard du mari.

Voici à présent deux observations où l'un des conflits en cause est la relation faite de dépendance et d'agressivité entre une mère et son fils (ou sa fille) parvenus à l'âge adulte.

OBSERVATION n° 8

Ber... (Carlos), 58 ans.

En 1932, à l'âge de 36 ans, il présente sa première crise d'épilepsie. Il traversait à ce moment-là une période de grande tension nerveuse causée par de nombreuses contrariétés dans les affaires de sa famille. Sa première crise survient alors qu'il recevait chez sa mère la visite d'une jeune fille pour laquelle il se défend d'ailleurs d'avoir éprouvé des sentiments amoureux. Mais cette visite prend toute sa signification quand on connaît la psychologie de cet homme telle que nous essaierons de l'établir plus loin et ses difficultés obsédantes sur le plan sexuel.

La crise ne comporte pas d'aura précise; le malade se souvient qu'il allait servir la limonade et qu'il est tombé brusquement. A partir de cette date, il présente en moyenne une dizaine de crises par an. C'est presque toujours après les périodes d'énervement que ces crises surviennent. Parfois, au lieu de crises avec chute, il présente des équivalents psychomoteurs dont il ne garde aucun souvenir et où il répète les mêmes gestes automatiques.

Alors qu'il habite ordinairement le Mexique, il est en France

depuis quelques mois avec sa famille. Sa mère veut éviter à tout prix qu'il ait des crises pendant ce séjour. Du coup, elle lui impose (il a maintenant 58 ans) une véritable claustration. Il présente alors coup sur coup de nombreuses crises avec coma et des crises psychomotrices. On est obligé de le conduire en maison de santé, chez le docteur F... qui le garde plusieurs semaines et qui constate que les crises persistent malgré la continuation régulière d'un traitement anti-comitial : gardénal et dihydan. Il note en même temps une bradypsychie, une certaine exaltation mystique et une poussée d'excitation psychomotrice avec menaces et violences. Le malade est adressé à Bordeaux en vue d'un E.E.G. et d'une encéphalographie gazeuse.

L'E.E.G. (Docteur Dutertre) donne les résultats suivants :

Dysrythmie diffuse à nette prédominance lente, avec bouffées paroxystiques de thêta à 6 c/s et de delta sous forme d'ondes complexes polyrythmiques à 3 c/s et 150 microvolts. Quelques sharps erratiques. Pas de changement par rapport au premier tracé pratiqué il y a quelques années à Mexico.

L'encéphalographie gazeuse n'est pas pratiquée.

Tous les autres examens sont négatifs, sauf l'examen du cœur qui montre une maladie de Corrigan avec double souffle de la base et tension artérielle à 24-10.

L'examen psychologique nous apprend que, seul garçon d'une famille de quatre enfants, cet homme a toujours été l'objet de la part de sa mère, elle-même légèrement névropathe, d'une sollicitude inquiète. Dans l'enfance il paraissait lui-même très attaché à sa mère. C'est surtout à partir de 15 ans que l'on note les deux caractéristiques essentielles de sa vie psychologique :

1° Une relation affective très orageuse avec sa mère, faite de dépendance et d'agressivité. Il se met en colère à son égard avec la plus grande facilité, alors qu'avec les autres membres de la famille il est beaucoup plus pacifique. En même temps, il supporte très mal d'être l'objet d'une sollicitude constante, aggravée encore par la survenue de ses crises. « Il y avait toujours quelqu'un derrière lui de peur qu'il ait une crise ». Cet agacement s'est encore exaspéré depuis l'arrivée en France où la sollicitude a redoublé. On a noté d'ailleurs une multiplication des crises à ce moment-là

2° Une obsession très inhibitrice sur le plan de la sexualité.

Il ne se marie pas car il manque de confiance en lui. On conçoit que la visite de cette jeune fille, à l'âge de 36 ans, au moment de sa première crise, ait pu éveiller le conflit toujours latent et n'être pas étrangère au déclenchement de cette première crise. Il est difficile de l'affirmer, car l'investigation psychologique n'a pu être poussée à fond chez cet homme bradypsychique.

Ce qui est plus intéressant, c'est que, convaincu de l'importance de ces facteurs psychologiques dans la fréquence plus grande des crises, nous avons au cours d'une psychothérapie très brève, permis au malade de prendre conscience du caractère très infantile de sa relation affective avec sa mère. Nous avons pu d'autre part convaincre celle-ci qu'il était nécessaire de laisser une autonomie réelle à son fils. Un beau-frère compréhensif nous a aidé dans cette tâche en prenant avec lui ce comitial et en lui donnant une occupation à la campagne.

Aux dernières nouvelles, huit mois après cette nouvelle orientation de vie, sans que les médications anticomitiales aient été modifiées, nous apprenons que le malade n'a eu qu'une crise au lieu des très nombreux accès qu'il avait présentés en quelques semaines, avant ces conseils thérapeutiques. Son état psychique se serait d'ailleurs grandement modifié; sa bradypsychie s'est atténuée; il est plus euphorique et d'humeur plus égale.

En résumé, comitialité de type dit temporal, bien que les anomalies E.E.G. soient diffuses aux deux hémisphères. Il semble qu'on puisse établir une corrélation nette entre certaines situations psychologiques et le déclenchement des crises. Inversement, la correction des facteurs psychologiques le plus évidemment en jeu a conduit à une amélioration très spectaculaire de la fréquence des crises.

OBSERVATION N° 9.

Rém... (Madeleine), 30 ans.

Aurait eu une fois des convulsions à 6 mois. A 7 ans, elle présente des absences comitiales et à 11 ans des crises de grand mal qui la conduisent à l'Asile de La Teppe. Les grandes crises sont précédées d'un trouble indéfinissable dans la tête et parfois une sensation imprécise dans le bras droit; mais la perte de

conscience survient très vite avec morsure de la langue et miction involontaire dans les plus fortes crises.

Ces crises sont très fréquentes au début de l'adolescence, jusqu'à quinze et vingt par mois. Les traitements paraissent inefficaces si bien qu'une intervention est proposée d'après les données de l'E.E.G. qui montre un foyer temporal gauche. Le Docteur H. Pouyanne pratique le 1er avril 1949 une exérèse corticale limitée centrée sur une apparente anomalie vasculaire (grosse veine dilatée) sur le lobe temporal gauche.

Dans les semaines qui suivent l'intervention, l'amélioration est spectaculaire. D'abord la malade qui jusque-là était déprimée et même désespérée reprend confiance; elle traverse même une phase d'euphorie enthousiaste; elle veut apprendre la sténo-dactylo; elle veut placer de l'argent. Elle n'est plus agressive à l'égard des siens. Mais au bout de quelques semaines, les crises reprennent au même rythme qu'avant l'intervention. L'état mental devient déplorable et l'agressivité à l'égard de sa mère, qui d'ailleurs le lui rend bien, est de nouveau très prononcée.

A partir de 1951, on peut noter un balancement entre un état obsessionnel qui va durer six mois et les crises épileptiques qui vont disparaître pendant toute cette période. A ce moment-là, la jeune fille vit, comme elle le fait depuis plusieurs années, avec sa grand-mère qui lui est dévouée corps et âme et qui s'occupe d'elle depuis que l'agressivité entre mère et fille est devenue intolérable. Or, à la suite d'un incident assez minime (la grand-mère perd un manteau de la malade) apparition d'une irascibilité très violente à l'égard de celle-ci, suivie d'une anxiété extrême avec crainte obsédante de perdre le contrôle de ses actes et de faire du mal à sa grand-mère. Cet état psycho-névrotique se prolonge pendant six mois, mais les crises disparaissent pendant la même période.

En mars 1952, la crainte obsédante de perdre le contrôle de ses actes disparaît, mais les crises réapparaissent. Malheureusement, en 1953, au cours d'une phase de désespoir plus marquée, la malade se suicide.

Les traitements médicamenteux n'ont pas paru avoir une action nette sur la fréquence des crises. D'une façon générale, la malade a pris, avant comme après l'intervention, une dose quotidienne

de 0 gr 20 de gardénal et de trois comprimés de diphénylhydantoïne. Les crises ayant quelque tendance à se grouper vers la période menstruelle, elle prenait quatre diphénylhydantoïne à ce moment-là.

Le passé psychologique de cette jeune fille est caractérisé surtout par les exigences tyranniques de sa petite enfance, son sentiment permanent d'incomplétude, son agressivité à l'égard de sa mère et son anxiété qui lui avait déjà fait parler de suicide avant l'intervention de 1949.

Il y avait certainement dans cette anxiété une part qui était réactionnelle à l'épilepsie elle-même, puisque, après l'intervention la malade s'était cru délivrée de ses crises et avait présenté une euphorie très nette. Mais la plus grande part était liée à des dispositions plus profondes d'anxiété du type psychasthénique.

Il faut noter qu'il n'y a eu de névrose phobique caractérisée (phobie de faire mal à sa grand-mère) que pendant six mois, en 1952, et que, pendant toute cette période, les crises comitiales ont disparu.

En résumé : épilepsie ayant commencé dès le jeune âge, sous forme d'absences et de crises de type temporal. Anxiété psychasthénique avec agressivité. Foyer électrique temporal. Exérèse corticale suivie d'une amélioration de quelques semaines. Puis reprise des crises avec balancement entre un état phobique de quelques mois et les manifestations épileptiques.

Dans les deux observations suivantes, les périodes d'anxiété aboutissent à des crises d'épilepsie.

OBSERVATION N° 10.

Ord... (René), 49 ans.

Depuis une vingtaine d'années, présente trois ou quatre crises comitiales par an. Il sent d'abord une angoisse épigastrique puis l'impression que ses idées s'en vont. Lorsqu'il éprouve cette sensation, il s'arrête, suspend son activité. Mais quelquefois, il tombe brusquement en perdant conscience et présente des convulsions toniques et cloniques. La crise dure trois minutes environ,

mais souvent il se produit deux ou trois crises successives à peu d'intervalle. En réalité, ces crises étaient toujours précédées d'une période d'anxiété mal définie qui durait dix à quinze jours, pendant lesquelles le sommeil est moins bon; il songe d'une façon un peu obsédante à la mort, éprouve une certaine angoisse et une irritabilité plus grande. Ces périodes surviennent habituellement au printemps et à l'automne; elles aboutissent aux crises signalées plus haut. Après ces crises, le malade éprouve un besoin impérieux d'aller à la selle et présente une diarrhée abondante.

Jusqu'à ces dernières années, la survenue de crises comitiales mettait fin à la période dépressive signalée plus haut. Mais au cours de ces dernières années, ce rythme saisonnier a été perturbé. D'autres périodes d'anxiété sont survenues en cours d'année, en mai, en juillet, et elles ont abouti chaque fois à des crises. A partir de 1953, l'état dépressif devient chronique. Il n'a plus de goût à rien; il se sent la tête fatiguée, garde une inquiétude obsédante sans terme bien précis centrée surtout sur la mort, l'inutilité de toutes choses. Sur un fond de passivité relative, il présente des colères impulsives, car il est devenu de plus en plus irritable.

Pendant cette dernière année, les crises, sans être beaucoup plus fréquentes, puisqu'il n'en a eu que cinq, sont survenues d'une façon très irrégulière, toujours précédées d'une angoisse et d'une sensation de vide complet, de dépersonnalisation; puis chute avec luxation de la mâchoire et crise tonico-clonique beaucoup plus prolongée qu'autrefois (un quart d'heure en moyenne). Ces crises n'ont plus l'action libératrice qu'elles avaient autrefois à l'égard de l'état dépressif qui les précédait.

Sur le plan psychiatrique, Ord... doit être considéré comme un psychasthénique avec poussées dépressives intermittentes. Jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans, il a présenté des cauchemars nocturnes très impressionnants.

Nous ne possédons pas d'E.E.G. pour ce malade.

En résumé : il s'agit cliniquement de crises comitiales de type temporal survenant chez un psychasthénique anxieux, à poussées dépressives intermittentes. Pendant longtemps les crises sont survenues au terme de ces poussées et ont mis fin à l'anxiété. Mais depuis un an, elles n'ont plus cette action bienfaisante. Nous

n'avons pas pu déterminer les conflits qui pouvaient être à la base de cette disposition psychasthénique.

OBSERVATION N° 11.

Dup... (Ginette).

Présente sa première crise comitiale en 1951. Elle aperçoit d'abord une lueur jaune qui l'éblouit, puis des cercles qui se dirigent vers elle. Elle sent à ce moment-là qu'elle va tomber et cherche instinctivement un siège. Mais elle s'effondre brutalement en perdant connaissance; contractions toniques et cloniques, morsure de la langue et amnésie complète de la crise.

Les autres crises, d'ailleurs peu nombreuses, ont toujours présenté les mêmes caractères, sauf une fois où elle n'a pas complètement perdu connaissance et où elle a pu donner, bien que sa parole soit très troublée, le numéro de téléphone de ses parents. Ces dernières crises sont survenues dans une période de tension nerveuse extrême. La malade est en effet mariée depuis dix ans; elle a engagé il y a cinq ans une procédure de divorce et la première crise est survenue la veille du jour où elle devait passer devant le tribunal. « Elle était terriblement à cran; elle sent bien que c'est lorsqu'elle est à bout que ses crises surviennent. »

La deuxième crise, en 1952, est survenue au moment où sa belle-mère a voulu la faire expulser. En 1953, la crise est survenue à l'acmé d'une période de tension nerveuse en rapport avec sa situation conjugale.

Antécédents : Estime avoir toujours eu une affectivité hypertrophique avec alternatives d'attachement et de colère. A tendance à l'insomnie; depuis plusieurs années, ne dort guère sans somnifère. A toujours travaillé régulièrement comme secrétaire. A un enfant de 8 ans dont elle s'occupe de façon satisfaisante.

A noter surtout qu'une de ses sœurs a présenté à partir de l'âge de 15 ans, des crises comitiales de type psychomoteur sur fond très névropathique qui ont pu même faire penser un moment qu'il s'agissait de crises pithiatiques. L'évolution a démontré qu'il s'agissait de crises comitiales authentiques. Cette sœur a fait par la suite une tuberculose pulmonaire dont elle est décédée.

L'E.E.G. (Docteur Dutertre) montre une dysrythmie diffuse et quelques sharps erratiques.

En résumé : crises comitiales espacées, coïncidant exactement avec des périodes de tension nerveuse et d'agressivité maxima.

Antécédents comitiaux dans la famille.

L'observation suivante présente l'association de migraine et de crise d'épilepsie liées à des paroxysmes anxieux.

OBSERVATION N° 12.

Mir... (Jean), 41 ans.

Présente à partir de l'âge de 15 ans des crises de migraines associées à des crises d'épilepsie. Voici comment il décrit ses troubles : il commence par éprouver des « troubles hépatiques » avec état saburral des voies digestives, envie de vomir, céphalées qui l'obligent à interrompre son travail.

En général, le lendemain survient une crise d'épilepsie. Il a l'impression que du suc gastrique lui remonte à la bouche et tout de suite après survient une perte de conscience avec chute brutale. Au bout de quelque temps ces crises disparaissent. Elles réapparaissent vers l'âge de 23 ou 24 ans. De nouveau, interruption grâce à un traitement qui associe alepsal, solantyl, orténal et les médications hépatiques. Même pendant les périodes où les crises comitiales sont suspendues, les crises hépatiques et des migraines peuvent survenir de temps en temps.

A partir de 1952, trois crises comitiales surviennent sans être précédées du syndrome hépato-migraineux habituel. Le malade a parfaitement noté que les crises de migraine suivies de crises comitiales au cours de son adolescence survenaient à peu près exclusivement lorsqu'il était contrarié dans son travail. Il a d'ailleurs été toujours très soucieux dans l'accomplissement de sa tâche, ce qui le conduisait à des paroxysmes d'anxiété déclenchant la crise.

Il s'est marié il y a quatre ans et bien que sa vie conjugale s'écoule sans drame, il sent bien que depuis trois ans, il est plus nerveux, plus irritable.

L'E.E.G. (Docteur Dutertre) montre des sharps lents, de petite amplitude, assez diffus, qui permettent de conclure à la comitialité.

En résumé : association de migraine et d'épilepsie dont on sait la relative fréquence. Les travaux récents ont bien établi les relations de la migraine avec la personnalité psychologique du sujet. Dans notre observation, nous trouvons l'enchaînement des facteurs de tension nerveuse, des crises de migraine et des crises d'épilepsie.

Dans la dernière observation, les crises sont en rapport avec des circonstances variées mais toujours pénibles de la vie psychologique.

OBSERVATION N° 13.

Dou... (Pierre), 19 ans.

A présenté ses premières crises d'épilepsie à l'âge de 9 ans. Il ne se rappelle pas si à ce moment-là les crises étaient précédées d'une aura. Actuellement, elles sont annoncées par une sensation de langueur et d'angoisse épigastrique suivie d'une perte de conscience avec chute brutale et coma de cinq à dix minutes.

De 9 à 15 ans, les crises étaient restées assez rares (deux ou trois par an). A 15 ans, la fréquence augmente : douze par an. A partir de 1951, suppression des crises jusqu'à un dernier accès survenu en février 1955.

Les circonstances psychologiques qui ont présidé à cette évolution ont été frappantes. C'est vers 8 ou 9 ans que l'enfant a pris conscience et a beaucoup souffert de la désunion qui existait entre ses parents. En effet, son père qui est alcoolique mais n'a pas de crise nerveuse, rentrait souvent ivre et menaçant. C'est à ce moment-là qu'il a eu sa première crise.

A partir de 1951, alors qu'on l'avait jusque-là condamné à vivre d'une vie très restreinte (en particulier pas de sport à cause de ses crises), il décide de ne plus tenir compte de ce conseil et entre dans une équipe de rugby où il s'intègre et s'épanouit pleinement. Il est heureux de vivre comme les autres et ses crises cessent.

Il est vrai que, sur nos conseils, il prend plus régulièrement que par le passé un traitement par l'alepsal et le solantyl.

La crise de février 1955 est survenue dans les conditions suivantes : c'était un dimanche où il avait disputé la finale du championnat de rugby du Poitou. Il comptait absolument sur la victoire; or son équipe est battue. Il ressent très profondément cette défaite. Il rentre chez lui et commence à raconter la partie à sa mère. C'est à ce moment-là qu'il ressent un malaise indéfinissable. Il essaie de se secouer pour chasser l'angoisse qui l'envahit, mais c'est trop tard; il perd conscience et tombe. La crise est cependant moins longue que d'habitude.

En résumé : crises comitiales dont les relations avec la vie psychologique sont certaines. Il faut noter surtout l'amélioration considérable grâce à la psychothérapie très empirique qu'a représentée pour ce jeune homme la participation à une équipe de rugby et la revalorisation qui en est résultée.

Ceci, comme pour les malades chez qui le travail a paru jouer un rôle favorable, pose toujours le problème des conditions de vie sociale des épileptiques qui sont souvent condamnés à vivre en marge de la société du fait même de leur épilepsie.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Nos observations se répartissent en deux catégories bien distinctes :

— Celles où le facteur déclenchant est une émotion soudaine et bien caractérisée, telle que la peur ou la joie (Lar... Elisabeth, et For... Mauricette).

— Celles où nous trouvons des états émotionnels plus subtils, liés à des conflits que le sujet n'aperçoit pas clairement et dont la psychopathologie nous montre la nocivité.

A ce point de vue, le conflit classique retenu par la doctrine psychanalytique est le conflit entre le Ça, représentant l'ensemble des tendances instinctives et sexuelles et le Surmoi qui correspond à une morale infantile faite d'interdictions.

En réalité, la notion de conflit ne doit pas se limiter au domaine « interdit » de la sexualité. Il n'y a pas de doute que celui-ci joue en psychopathologie un rôle exceptionnellement important mais non exclusif. Dans un travail ultérieur, le Professeur Agrégé Bergouignan se propose de montrer que ce conflit n'explique pas à lui seul, comme le pensent les psychanalystes, toutes les situations plus ou moins dramatiques qui émaillent la relation enfant-parents.

Sans vouloir entrer ici dans le détail, on peut dire que le complexe d'Œdipe recèle plus qu'un conflit sexuel; il traduit le drame d'une affirmation de soi en face de la sécurité et de l'autorité parentale.

D'ailleurs, depuis que l'agressivité est devenue un aspect fondamental de la psychopathologie, aspect préalable à toute sexualité et attribuable, selon la terminologie actuellement en honneur, à des conflits pré-génitaux, beaucoup de psychanalystes admettent qu'il faut dissocier les conflits intra-personnels (entre le Ça et le Surmoi) et les conflits inter-personnels.

Dans une conception plus générale, M. Bergouignan pense que l'agressivité n'est elle-même que l'aboutissement d'une attitude infantile non liquidée qui implique dépendance et domination, c'est-à-dire, suivant une définition générale, les deux termes contradictoires d'une situation conflictuelle.

Suivant l'expression de Hesnard, désormais « la structuration du comportement (va se heurter) à des situations plus ou moins insurmontables, à des incitations contradictoires. Situations qui n'ont pu être dépassées en tant qu'incitations de conduite achevées et adaptées au réel. D'où le caractère anachronique et parasitaire de ces conduites commencées mais ratées et mal intégrées. »

C'est ce que nous croyons retrouver d'une façon très significative chez nos malades. C'est au moment où, dans leur existence, les conflits mal liquidés s'aiguisent au contact des circonstances nouvelles, que se situent les moments féconds des manifestations comitiales.

Chez les uns, le conflit en cause se rapporte à la sexualité; c'est un conflit intra-personnel. Lar... Philippe présente des crises le jour qui suit des rapports sexuels avec sa femme. De même, San... Martial, dont la première absence épileptique date du moment où il avait pris la décision de se marier.

Mêmes circonstances pour Oli... Gisèle qui présente sa première absence dans la période de tension précédant son mariage.

Quant à Ber... Carlos, le même conflit se retrouve chez lui avec une évidence particulière : à 58 ans, il n'est pas

marié parce qu'il manque de confiance en lui et qu'il est très inhibé dans le domaine sexuel. C'est à l'occasion de la venue d'une jeune fille qu'il présente sa première crise.

Chez les autres malades, il s'agit plutôt de tensions inter-personnelles et c'est le cas le plus fréquemment rencontré : le malade présente une immaturité affective et se conduit vis-à-vis de ses proches, sa mère en particulier, comme un enfant, à la fois dépendant et dominateur, ce qui se traduit par une attitude agressive. C'est le cas de Ter... Paulette, dont la première crise apparaît à 15 ans au moment où surgit le conflit affectif avec sa mère et de Com... Simone. Mais chez celle-ci, le conflit se traduit plutôt par une névrose d'organe, elle-même en balance avec des crises d'épilepsie qui surgissent au paroxysme d'autres situations conflictuelles, telles qu'une décision de se marier prise à regret ou l'exaspération tenant à la vie en commun avec sa belle-mère. Mais de toute façon, il y a un parallélisme évident entre le paroxysme des conflits et les crises.

Tensions inter-personnelles également chez Les... Raymonde dont les crises surviennent dans une lourde atmosphère familiale et chez Pag... Ginette dont les accès apparaissent quand son irritation atteint son comble dans sa famille tout d'abord, puis à l'égard de son mari.

Nous retrouvons le conflit parents-enfants chez Ber... Carlos qui, bien que parvenu à l'âge adulte depuis longtemps, conserve envers sa mère une attitude infantile : il reste sous sa dépendance mais en même temps se révolte contre son attitude hyperprotectrice; et cette exaspération correspond à une multiplication des crises.

Enfin chez Dup... Ginette, les crises coïncident exactement avec les périodes d'agressivité maxima, soit contre sa belle-mère quand celle-ci se propose de l'expulser de chez elle, soit contre son mari.

Conflits intra-personnels ou inter-personnels entraînant la même tension dont la crise d'épilepsie est la résultante

physiologique. Nous avons peine à la considérer à l'instar des psychanalystes comme une sorte d'échappatoire quasi intentionnelle à cette tension (on se rappelle que pour Stekel l'épileptique se précipite dans sa crise pour fuir une situation d'angoisse). Mais nous devons reconnaître qu'elle apporte souvent un apaisement au sujet, par un mécanisme qui est beaucoup plus à nos yeux un mécanisme physiologique qu'un mécanisme psychologique.

En effet, nous croyons que la crise d'épilepsie peut représenter sur le plan physiologique un processus d'équilibration, ou pour mieux dire, d'homéostasie.

C'est en cela qu'elle peut se distinguer théoriquement de la crise d'hystérie. En effet, la crise d'hystérie implique aussi une tension nerveuse préalable liée à des conflits que le sujet ne veut ou ne peut pas résoudre, en fonction de son passé psychologique. (On sait que pour Freud et pour Hesnard, il y a chez l'hystérique une déviation constitutionnelle de l'instinct amoureux qui est resté, au cours du développement affectif, fixé sur la propre personne de l'individu, tout en exigeant la collaboration de l'amour, de l'intérêt d'autrui). Mais l'hystérique choisit plus ou moins intentionnellement d'échapper au conflit ou à l'angoisse qui en résulterat pour lui, par une crise dont il sait mesurer les effets plus ou moins spectaculaires, sans que l'on puisse pour autant parler de simulation. En effet « le syndrome hystérique est à intentionnalité subconsciente. Le simulateur dupe, l'hystérique se dupe » (Delay).

Mais ce qu'il faut ajouter encore, c'est que les études contemporaines ont réhabilité la vieille notion d'hystéro-épilepsie, où certains sujets porteurs à la fois de dispositions physiologiques comitiales (aptitude convulsivante des auteurs allemands) et de dispositions psychologiques hystériques (en particulier, la fuite dans la maladie) peuvent présenter tour à tour, dans une succession quelquefois inextri-

cable, des crises authentiques d'épilepsie et des crises d'hystérie.

Chez certains de nos malades, c'est à une autre succession que nous avons assisté : celle de l'épilepsie et de la névrose obsessionnelle (Com... Simone, Rem... Madeleine). Les crises comitiales disparaissent quand apparaissent diverses phobies obsédantes et inversement. On assiste à un balancement entre les deux névroses.

Le traitement consistera à remonter aux sources de l'anxiété, en cherchant à déterminer quel est le conflit en cause et en lui apportant autant que possible une solution. Le plus souvent on a retrouvé dans une tension permanente entre parents et enfants l'élément primordial du conflit.

Une psychothérapie systématique n'a pu être entreprise chez tous ces malades, comme dans certains pays étrangers où les moyens mis en œuvre sont beaucoup plus importants. Mais une sorte de psychothérapie spontanée consistant dans les modifications des conditions de vie, a eu des effets beaucoup plus nets que les traitements médicamenteux administrés seuls.

C'est ainsi que Ter... (Paulette) prenait sans effet 0 gr 20 de gardénal et deux comprimés de dihydan par jour. Elle présente une très nette amélioration quand elle commence, grâce à sa situation, à mener une vie indépendante de sa famille et guérit à peu près totalement à partir de son mariage.

Il en est de même de Pag... (Ginette), traitée dans sa famille par solantyl et gardénal et dont les crises ne cessent qu'à partir de son mariage, tandis qu'elle abandonne alors le traitement anti-comitial.

Les... (Raymonde) prenait régulièrement belladénal, épidione et sédantoïnal avec des résultats incomplets. Une modification d'une lourde atmosphère familiale, à la suite de la mort de son père, amena une interruption complète des crises.

Une psychothérapie suivie régulièrement dans le cas de

Lar... (Philippe) a amené une absence totale des crises pendant plusieurs mois, tandis que depuis longtemps l'administration d'alepsal était sans effet.

Les effets d'une psychothérapie très brève se sont fait également sentir de façon spectaculaire chez Ber... (Carlos) qui, ayant pris conscience du caractère infantile de ses relations avec sa mère et s'étant séparé d'elle pour exercer une activité indépendante, présente une suppression quasi-complète des paroxysmes comitiaux, alors que le traitement médicamenteux était le même qu'auparavant.

Si, chez tous ces malades, les crises correspondaient à des troubles paroxystiques de l'humeur ou à l'acmé de divers conflits et que le changement des conditions de vie a eu des résultats favorables, c'est bien que les facteurs psychiques jouaient un rôle capital dans l'apparition et la succession des crises.

Le traitement qui convient dans ces conditions est la psychothérapie soit individuelle soit de groupe. Cette dernière technique a été entreprise aux Etats-Unis par de Fries et Browder à la fois sur des enfants épileptiques présentant des troubles du comportement et sur leurs mères qui éprouvaient de l'anxiété au sujet de la maladie de leurs enfants.

On a rapporté ici un cas présenté par ces deux auteurs et qui illustre de façon assez caractéristique les effets de la psychothérapie de groupe :

«L. F., garçon de 11 ans, fut admis en clinique pour des crises localisées qui se généralisèrent par la suite. Elles survenaient plus fréquemment la nuit à raison de 10 à 12 par vingt-quatre heures. Une encéphalographie gazeuse faite pendant l'hospitalisation montre une légère atrophie cérébrale bilatérale.

Du point de vue psychologique, il s'agissait d'un enfant très anxieux et plein d'appréhension qui avait constamment peur des crises et qui, en même temps, se servait de ses crises pour dominer ses parents. Il insultait sa mère avec des mots obscènes et se montrait agressif à son égard. Il avait très

peur de son père, était peu lié aux autres enfants et, au moment de son entrée à la clinique, avait été retiré de l'école.

Il s'améliora déjà avec le traitement anti-convulsif et la psychothérapie individuelle; le nombre de ses crises tomba à deux par nuit.

On sentait que ce garçon, qui était fils unique, avait grand besoin de relations avec d'autres garçons et que cette expérience en groupe serait un aspect important du traitement. Dans le groupe, il fut d'abord réservé, timide, et craintif. Pendant les premières séances, il sembla à plusieurs reprises, presque immobilisé par la peur; il se tenait auprès des médecins et éprouvait le besoin de se protéger du reste du groupe qui l'ignorait ou bien se moquait de lui. Il était sans cesse menacé et maltraité par le groupe. Il apparut au médecin que, par dessous ses craintes, il y avait une hostilité et une fureur extrêmes qui devaient s'exprimer avant qu'on puisse espérer une modification du comportement. Il fut encouragé petit à petit à exprimer la colère qu'il éprouvait et le point crucial du traitement apparut quand, après une attaque particulièrement injustifiée par le chef de groupe, il se mit à crier ses désirs de meurtre et à pousser des cris de sauvage. Ensuite apparurent d'autres expressions de fureur, mais d'intensité moindre.

Le caractère violent de sa fureur laissa peu à peu la place à de la colère qui était supportable par le groupe, et il commença pour la première fois à participer aux activités de compétition et d'agression des autres garçons. Il reste encore un peu à l'écart, mais il représente une participation plus active et a moins de peur et d'anxiété. Il ne dépend plus du médecin de façon excessive, bien qu'il ait encore grand besoin d'approbation. Les rapports de ce garçon avec le garçon le plus fort et le plus tyrannique du groupe étaient la répétition de ses relations avec son père, ce qui explique la qualité dramatique intense de ses peurs et de sa fureur.

Ses crises sont peu fréquentes actuellement. Sa peur des

crises a été bien allégée et son comportement dans le milieu familial a été considérablement amélioré. De plus, il a pu retourner à l'école, où il s'est adapté de façon satisfaisante.

Nous retrouvons encore ici le même conflit entre parents et enfant. L'enfant est agressif à l'égard de sa mère dont il dépend et qu'il tente de dominer à l'aide de ses crises; et il a peur de son père. C'est en le plaçant dans un milieu où il peut se libérer de son agressivité contenue qu'on constate une amélioration simultanée de son comportement psychologique et de ses crises d'épilepsie.

CHAPITRE V

ESQUISSE PHYSIOPATHOLOGIQUE

Il n'est pas dans notre propos de traiter ici la physiopathologie de l'épilepsie. Tout le monde s'accorde aujourd'hui à voir dans les manifestations épileptiques l'expression de facteurs multiples et convergents que nous ne saurions énumérer. Dans de remarquables travaux qui ont paru récemment, notre Maître, le Professeur P. Delmas-Marsalet, a proposé une des conceptions les plus satisfaisantes qui aient été présentées jusqu'à ce jour.

Notre dessein est beaucoup plus modeste. Nous voudrions examiner, à la lumière de quelques recherches expérimentales, comment on peut imaginer le rôle de l'émotion, et plus encore des situations conflictuelles génératrices d'angoisse comme causes favorisantes des manifestations épileptiques. Pour nous en tenir à l'épilepsie dite temporale, qui est en jeu dans la plupart de nos observations, il semble aujourd'hui de plus en plus probable que cette épilepsie n'est nullement liée dans la très grande majorité des cas à des lésions du lobe temporal, mais que ces lésions histologiques telles qu'elles ont été décrites pour la première fois il y a plus de cent ans, par Bouchet et Cazauvieilh, ne sont que la traduction d'altérations secondaires aux manifestations épileptiques elles-mêmes (ischémie paroxystique, etc...).

Nos connaissances neuro-physiologiques et psychologiques s'inscrivent, croyons-nous, en faux contre l'hypothèse de

Gastaut qui attribue les modifications psychiques de ses malades à des lésions rhinencéphaliques.

On est amené au contraire à considérer que certains états psychologiques nullement réductibles à des altérations cérébrales peuvent provoquer chez des sujets « prédisposés » l'apparition de crises.

Sans doute, comme l'a bien montré le Professeur Delmas-Marsalet, chaque crise peut laisser ensuite une trace qui favorise l'apparition de crises ultérieures; mais le conflit psychologique préexistait.

Dans cette esquisse, nous nous appuierons seulement sur les travaux tout récents de Mac Lean. Si nous en retenons l'essentiel, cet auteur a montré que certaines stimulations peuvent provoquer des potentiels de type épileptique dans l'aire temporale de certains animaux d'expérience. Déjà Liberson et Akert avaient noté dans des recherches sur le cobaye qu'il suffisait de mettre l'animal en alerte (présence de l'expérimentateur en particulier) pour provoquer l'apparition au niveau de l'hippocampe d'une activité électrique hypersynchronisée d'environ 6 c/s.

Jung et Kornmuller avaient fait des observations analogues chez le lapin après stimulation douloureuse.

L'auteur conclut, à partir de ces données anciennes et de ses propres recherches, que les états émotionnels qui vont de la douleur jusqu'à l'attention brusquement mise en éveil réalisent des effets tout à fait différents sur le néocortex et sur l'hippocampe. Au niveau du néocortex, ils entraînent une désynchronisation de l'activité électrique avec aplatissement du tracé (tracé plat classique des anxieux); au contraire, au niveau de l'hippocampe, ils tendent à faciliter une hypersynchronisation électrique.

Bien entendu, il faut être extrêmement prudent avant de conclure d'une espèce animale à l'homme (remarquons néanmoins que Green et Arduini ont expérimenté, non seulement chez le lapin et le chat, mais aussi chez le singe). Mais ces

expériences récentes nous apparaissent très suggestives. Il faudrait supposer, si elles se confirment, que l'état émotionnel met en branle la substance réticulée et que celle-ci, sous certaines conditions, par des liaisons qui commencent à être mieux explorées, exerce une influence tout à fait différente sur le néocortex et l'archipallium.

CHAPITRE VI

APPROCHE THERAPEUTIQUE

En discutant quelques-unes de nos observations, nous avons déjà évoqué le problème thérapeutique que soulève l'existence d'une composante affective dans bon nombre d'épilepsies. Beaucoup de psychothérapeutes s'en sont déjà émus et on trouve dans la littérature d'assez nombreuses relations de psychothérapies individuelles, apparemment efficaces, d'épileptiques avérés.

Dans nos observations, nous ne pouvons faire état que d'un seul cas (Lar... Philippe) où la psychothérapie, engagée d'ailleurs pour la névrose obsessionnelle qui accompagnait les manifestations épileptiques eut pour effets parallèles d'améliorer la névrose et de suspendre les crises.

Mais dans la plupart des cas, nous avons déjà souligné que la psychothérapie fut plus spontanée et plus empirique. Ce sont les malades eux-mêmes qui se dégagèrent à un moment donné des conditions affectives traumatisantes pour réaliser une autonomie meilleure et qui virent de ce fait leurs crises s'espacer ou même disparaître.

Nous ne reviendrons pas sur ces observations que nous avons déjà citées en détail, ni sur le problème qui reste ainsi posé, du travail des épileptiques.

Nous croyons pour notre part, que, bien plus que la psychothérapie individuelle, c'est la psychothérapie de groupe et l'ergothérapie dans des institutions appropriées, qui doivent dans un avenir prochain, revendiquer la première place parmi les méthodes psychologiques du traitement de l'épilepsie.

Tout reste à faire encore dans ce domaine, du moins en France, mais nous espérons que les documents apportés par nous pourront suggérer l'intérêt de ces initiatives.

CONCLUSIONS

1° On connait depuis longtemps l'effet des émotions brusques sur l'apparition d'une première crise d'épilepsie et sur le déclenchement des crises chez les épileptiques avérés.

Mais des modifications permanentes de l'affectivité, génératrices d'anxiété, peuvent aussi être à l'origine des crises comitiales.

2° C'est d'ordinaire au moment des paroxysmes anxieux que surviennent les crises d'épilepsie. L'anxiété est liée selon les cas à une névrose obsessionnelle, à des poussées dépressives intermittentes ou à des conflits affectifs non résolus.

3° Ces conflits sont de deux ordres :

a) Conflits intra-personnels : le problème de la sexualité n'a pas reçu de solution satisfaisante. Il y a, selon le langage psychanalytique, conflit entre le Ca représentant l'ensemble des tendances instinctives et le Surmoi, constitué par une morale infantile faite d'interdictions. Pour les psychanalystes, le malade « se précipiterait alors dans sa crise d'épilepsie » pour se punir d'une culpabilité ou pour fuir une situation d'angoisse.

b) Conflits inter-personnels : ils surgissent au sein de la famille entre les parents et leurs enfants. Ceux-ci, parvenant à l'âge adulte, manifestent une aggressivité qui traduit une attitude infantile contradictoire faite de dépendance et de domination.

4° Les crises d'épilepsie peuvent prendre différentes formes : grand mal, petit mal, équivalents psycho-moteurs. Dans la plupart des observations que nous avons présentées, elles sont cliniquement et électroencéphalographiquement de type temporal. D'après des expériences récentes, le lobe temporal

semble en effet répondre aux stimulations émotionnelles par une hypersynchronisation électrique de type épileptique.

5° Cette forme « d'épilepsie psychogène » a été considérablement améliorée par une modification des conditions de vie des malades ou par une psychothérapie plus systématique.

Il conviendrait qu'à la psychothérapie individuelle puisse s'ajouter ultérieurement une psychothérapie de groupe des épileptiques.

L'expérience montre que cette psychothérapie de groupe, allant de l'ergothérapie au psychodrame apporte une amélioration incontestable de la tension névrotique et, ce qui est plus nouveau, des manifestations épileptiques elles-mêmes.

Il y a donc lieu, d'un point de vue médico-social, de développer ces différentes formes de thérapeutique, en multipliant les établissements spécialisés, où les épileptiques apprennent en même temps un métier en rapport avec leurs aptitudes manuelles ou intellectuelles.

Puissent ces quelques suggestions contribuer pour leur modeste part à la lutte contre cette véritable maladie sociale que constitue l'épilepsie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
POUR LE DOYEN,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
DELMAS-MARSALET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Bordeaux, le 15 Juillet 1955.
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Barkwin (R.) and Barkwin (H.). — Epilepsy. *Journal of Pediatrics*, déc. 1951, 776-783.

Binswanger (O.). — Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung. *Epilepsia*, 1909, 2, p. 125. Die epilepsie. In Nothnagel : spezielle pathologie und therapie, Vienne (A. Holder), 1928.

Both (O.-K.). — Des causes provocatrices de la crise convulsive épileptique. Essai de pathogénie, thèse de Bordeaux 1938-1939.

Bourne (H.). — Convulsion dependence. *The Lancet* 1954, 267, 1193-1196.

Bratz. — Das Krankheitsbild der Affektepilepsie, *Allg. Zchschr. f. Psychiat.*, 1906, p. 509.

— Die affectepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. *Monatschr. f. Psychiat. u. Neur.*, 1911, 29, p. 45.

— und Falkenberg. — Hysterie und Epilepsie. *Arch. f. Psychiat.*, 1904, *38*, p. 500.

— und Leubuscher. — Die Affektepilepsie; eine Klinish von der echten Epilepsie abgrenzbare gruppe. *Deut. Med. Zchschr.*, 1907, *15*, p. 592.

Defries (Z.) and Browder (S.). — Group. Psychotherapy with Epileptic Children and their Mothers. *Bulletin of the New-York Academy of Med.*, April, 1952, *28*, 235-240.

Dehaen cité par Hartenberg. — *Loc. cit.*

Delmas-Marsalet (P.). — Une conception nouvelle de l'épilepsie essentielle. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, avril 1955, 374-399.

Ey (H.). — Etudes psychiatriques, II, 622 (Desclée de Brouwer), Paris.

Féré (Ch.). — Les épilepsies et les épileptiques (Alcan, édit.), p. 279.

GARMANY. — Obsessional states in Epileptics. *Journ. of mental Sciences*, 1947, p. 639.

GASTAUT (H.), MORING et LESÈVRE (Mme N.). — Etude du comportement des épileptiques psycho-moteurs dans l'intervalle de leurs crises. Les troubles de l'activité globale et de la sociabilité. *An. Med. Psych.*, 1955, *I*, 1 à 27.

— et COLLOMB (H.). — Etude du comportement sexuel chez les épileptiques psycho-moteurs. *An. Méd. Psych.* 1954, *II*, 657-696.

HARTENBERG (P.). — Les émotions peuvent-elles produire l'épilepsie ? *La Vie Méd.*, 14 janv. 1927.

HERPIN. — Du traitement et du pronostic de l'épilepsie, 1852.

JANET (P.). — Les obsessions et la psychasthénie, Paris, 1903, p. 501.

JUNG and KORMÜLLER. — Cités d'après MAC LEAN.

LÉPINE (J.). — L'épilepsie psychasthénique. *Rev. Méd.*, oct. 1911, 437-446.

LEY (A.) — Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire. Compte rendu du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, 1935 (Masson, édit.).

LIBERSON et AKERT. — Electro-encéphalography and clinical neurophysiology, 1953, *V*, 320.

LOGRE (B.-J.). — Epilepsie et intermittence. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1949, 25, 3622-3623.

MAC LEAN (P.). — The limbic system (visceral brain) and emotional behaviour. *Arch. of Neur. and Psych.*, Febr. 1955, 73, p. 130.

MAISONNEUVE. — Recherches sur l'épilepsie. Thèse Paris, 1803.

MARCHAND (L.) et AJURIAGUERRA (J. DE). — De l'émotion, cause provocatrice des accidents épileptiques. Considération sur l'épilepsie psychasténique et l'épilepsie affective. *L'Encéphale*, 1942-1945, t. 35, pp. 80-107.

— Les épilepsies, leurs formes cliniques et leurs traitements. 1 vol. (Desclée de Brower, édit.), Paris, 1948.

MOREAU (de Tours). — De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie. *Union Méd.*, 1865, t. 26.

NOTKIN (J.). — Affectepilepsy and hystero-epilepsy. *The Journ. of Nerv. and Ment. diseases*, 1930, 72, pp. 135-153 et 266-279.

Oppenheim. — Uber Psychasth. Krampfe. *J. F. Psych. und Neur.*, 1906, p. 247

Paskind (H.). — Extra-mural patients with epilepsy with reference to the frequent absence of deterioration. *Arch. of. Neur. and Psych.*, 1932, p. 470.

Prudhomme (Ch.). — Epilepsy and suicide. *The Journ. of Nerv. and Mental diseases*, 1941, t. VI, pp. 722-731. *Presse Médicale* du 7 janv. 1948.

Reich (W.). — Ueber den epileptischen Anfall. *Internat. Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1931, t. 17, p. 263.

Stekel (W.). — Die Psychische Behandlung der Epilepsie. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1911, t. I, fasc. 5 et 6.

Steffens (P.). — Ueber Hystero-Epilepsie. *Arch. f. Psych.*, 1904-1905, t. 39, p. 1252.

Tixier (L.). — Rapports des états anxieux et des états épileptiques. Thèse de Paris, 1905.